

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

A dor no Exercício Profissional do Enfermeiro, num
Serviço de Urgência: processo de tomada de decisão,
factores inibidores e estratégias de melhoria

Pain in the Emergency Nursing Practice: decision-making
process, inhibiting factors and improvement strategies

Dissertação de Mestrado

Orientação:

Prof (a) Doutora Célia Santos

Co-orientação:

Mestre Ana Leonor Ribeiro

Isabel Maria Gomes Pereira

Porto, 2010/2011

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio incondicional.....em especial à minha filha pelas muitas brincadeiras por concretizar!

À Professora Doutora Célia Santos, orientadora deste trabalho, pelo profissionalismo, humanismo e pela capacidade em me fazer acreditar nas minhas potencialidades.

À Professora Coordenadora, Ana Leonor Ribeiro, co-orientadora deste trabalho, pela disponibilidade, profissionalismo e competência na área, de grandiosa ajuda nas fontes de informação.

Ao Professor Doutor, Filipe Pereira, pelas oportunas sugestões de melhoria do trabalho de investigação e pela disponibilidade incondicional desde a etapa inicial.

À enfermeira Conceição Sousa, chefe da equipa de enfermagem do serviço de urgência onde exerço funções, pelo esforço na compatibilização dos horários com o processo formativo.

Ao Doutor Jorge Amorim, pela disponibilidade e paciência com que me ajudou na difícil tarefa de análise da documentação de enfermagem.

Aos enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço de urgência, que aceitaram participar neste trabalho e partilhar algumas das suas fragilidades.

A todos, muito obrigado. São parte deste processo!

SIGLAS

APS - *American Pain Society*

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

AVD - Actividades de Vida Diária

DGS – Direcção Geral de Saúde

FA – Frequência Absoluta

FID - Fossa Ilíaca Direita

FIE - Fossa Ilíaca Esquerda

FR (%) – Frequência relativa em percentagem

IASP - *International Association for the Study of Pain*

JCAHO - *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

JCI - *Joint Commission International*

JCR - *Joint Commission Resources*

MSE - Membro Superior Esquerdo

MSD – Membro Superior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MID – Membro Inferior Direito

NPC – *National Pharmaceutical Council*

OE - Ordem dos Enfermeiros

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SU - Serviço de Urgência

RESUMO

A dor constituiu um foco de atenção do exercício profissional dos enfermeiros.

Neste sentido, este estudo aborda a actuação de enfermagem nos cuidados à pessoa com dor, num serviço de urgência, com privilégio sobre o diagnóstico, a intervenção e a respectiva documentação de cuidados. A sua finalidade consiste na melhoria da prática clínica e qualidade dos cuidados.

O estudo decorre em quatro etapas. A primeira, com recurso à metodologia quantitativa, analisa 340 registos de enfermagem, no sentido da representação da dor e prática clínica de enfermagem. Esta constitui o alicerce do desenvolvimento da segunda etapa, em que, utilizando uma abordagem qualitativa, com a realização de 18 entrevistas aos enfermeiros, se pretende maior sustentabilidade para a interpretação da prática emergente. A terceira consiste na triangulação dos dados das duas etapas precedentes, sendo na última etapa, efectuada a análise da prática clínica e identificadas as principais linhas orientadoras de intervenção.

Os resultados encontrados sugerem que existem diferenças na avaliação da dor atendendo à capacidade de expressão e tipo de dor. Estas diferenças são estatisticamente significativas, face à prioridade clínica e área de atendimento. Quanto à intensidade da dor, verifica-se uma redução dos valores de intensidade entre o momento de entrada no serviço de urgência e o momento da alta clínica.

Verificam-se lacunas na definição do enunciado diagnóstico, particularmente ao nível das características definidoras, e ao nível da intervenção de enfermagem, nomeadamente na implementação e valorização das medidas não farmacológicas de alívio da dor. Existem também, défices de conhecimentos, ao nível das normas de boa prática e sensibilização para a importância das medidas não farmacológicas de alívio da dor, verificando-se na maioria dos enfermeiros, a ausência de formação específica neste âmbito. As barreiras enunciadas são relativas ao contexto de cuidados, à pessoa/cliente, aos profissionais de saúde e à organização institucional. As estratégias sugeridas situam-se, na formação, na sensibilização para a temática e em mudanças ao nível das políticas de gestão e de cultura organizacional.

Os resultados do estudo referem-se a um contexto particular de cuidados pelo que as conclusões devem ser consideradas neste âmbito. Sugerem-se outros estudos, no sentido da replicação do método em diferentes contextos de cuidados, e a implementação do plano de intervenção desenvolvido.

Palavras-chave: dor, enfermagem, diagnóstico de enfermagem, intervenção de enfermagem, serviço de urgência, qualidade de cuidados

SUMMARY

The pain was a focus of the professional practice of nurses.

Therefore, this study addresses the performance of emergency nursing practice, to the person with pain, with privilege on the diagnosis, intervention and documentation of care. Its purpose is to improve clinical practice and quality of care. The study takes place in four stages. The first, using the quantitative methodology, analyzes 340 nursing records in search of the representation of pain and clinical practice of nursing. This is the foundation of development of the second stage, in which, using a qualitative approach, with the completion of 18 interviews with nurses, aims to achieve greater sustainability for the interpretation of emerging practice. The third is the triangulation of data from the two previous stages, giving way to the final stage, where it performs the analysis of clinical practice and identify the main guidelines of the intervention.

The results suggest that there are differences in pain assessment given the capacity for expression and type of pain. These differences are statistically significant, given the clinical priority and service area. Reporting pain intensity, there is a reduction of intensity values between the time of admission into the emergency department and at discharge. There are gaps in the definition of the diagnostic, fundamentally in terms of defining characteristics, and level of nursing intervention, particularly in the implementation and valuation of non-pharmacological pain relief. There are also deficits in knowledge, in terms of standards of good practice and awareness of the importance of non-pharmacological pain relief, observing, in most nurses, the lack of specific training in this area. The barriers are listed on the context of care, the person/client, health professionals and institutional organization. Suggested strategies include the formation, awareness of the issue and changes at policy level management and organizational culture.

The study results are related to the particular context of care, so conclusions should be considered in this context. We suggest further studies, towards of replication of the method in different care settings, and the implementation of the intervention plan developed.

Keywords: pain, nursing, nursing diagnosis, nursing intervention, emergency department, quality of care

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	11
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1– DA CONCEPTUALIZAÇÃO ÀS IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM	17
1.1– A Dor Como Elemento Central dos Cuidados de Saúde: o Percorso	17
1.2 –Directrizes de Boa Prática na Avaliação da Dor	20
1.3 - Barreiras ao Adequado Controlo da Dor.....	22
2 – DAS FERRAMENTAS TEÓRICAS AO CONTRIBUTO SINGULAR DA ENFERMAGEM	25
2.1 – Do Processo de Enfermagem ao Diagnóstico e Planeamento	25
2.2 – Do Planeamento à Intervenção de Enfermagem.....	26
2.3 - Da Documentação dos Dados à Decisão de Cuidados.....	27
2.4 - Do Contributo Singular da Enfermagem à Pessoa com Dor.....	28
PARTE II – METODOLOGIA	30
1- MATERIAL E MÉTODOS	31
1.1 - Objectivos.....	33
1.2 - Paradigma de Investigação, Tipo de Estudo e Opções Metodológicas	35
1.3 - Variáveis do Estudo	37
1.4 – Instrumentos de Avaliação	39
1.5 - Procedimentos Para Recolha de Dados.....	42
1.6 - Contexto e Amostra	45
1.6.1 - <i>Caracterização da Amostra dos Registos de Enfermagem</i>	48
1.6.2 – <i>Caracterização da Amostra de Enfermeiros</i>	50
1.7- Estratégias Para Análise dos Dados	52
PARTE III – RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO.....	57
1 – RESULTADOS	59
1.1 - A dor e a Prática Clínica de Enfermagem na Vertente da Documentação de Enfermagem.....	59
1.2 - A dor e a Prática Clínica de Enfermagem na Perspectiva dos Actores	68
PARTE IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	86
1 – DA ANÁLISE DOS RESULTADOS À DEFINIÇÃO DA ESTRATÉGIA.....	87
1.1 – A Prática Clínica a Partir da Intercepção de Dados	87

1.2 – Análise da Prática Clínica e Identificação das Principais Linhas Orientadoras da Intervenção	98
1.3 - Limitações do Estudo.....	101
1.4 - Implicações do Estudo	102
CONCLUSÃO.....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	113

ANEXO I:	Instrumento de colheita de dados.....	115
ANEXO II:	Quadro de operacionalização das variáveis.....	121
ANEXO III:	Guião da entrevista.....	127
ANEXO IV:	Pedido de autorização ao Conselho de Administração, para a realização do estudo.....	135
ANEXO V:	Consentimento informado para a realização das entrevistas...	137
ANEXO VI:	Comprovativo da autorização para a realização do estudo.....	139
ANEXO VII:	Plano de amostragem para a determinação da amostra dos registos de enfermagem.....	143
ANEXO VIII:	Matriz de referência da análise de conteúdo.....	145
ANEXO IX:	Matriz de referência da análise de conteúdo com indicadores/unidades de registo.....	149
ANEXO X:	Operacionalização dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas.....	161

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO Nº 1	Idade dos clientes com dor.....	48
QUADRO Nº 2:	Antecedentes de saúde relacionados com o episódio de urgência.....	49
QUADRO Nº 3	Episódios de urgência por área de atendimento.....	50
QUADRO Nº 4:	Caracterização da amostra de enfermeiros quanto à Idade	51
QUADRO Nº 5	Tempo de exercício profissional dos enfermeiros.....	51
QUADRO Nº 6:	Grau académico dos enfermeiros e formação na área da dor	52
QUADRO Nº 7:	Prioridade clínica atribuída no processo de triagem.....	59
QUADRO Nº 8	Caracterização dos episódios de urgência por tipo de dor..	60
QUADRO Nº 9:	Caracterização dos episódios quanto à intensidade da dor.	61
QUADRO Nº 10:	Forma de acesso ao enunciado do diagnóstico.....	62
QUADRO Nº 11:	Características definidoras do enunciado do diagnóstico...	62
QUADRO Nº 12	Intervenções de enfermagem realizadas.....	63
QUADRO Nº 13:	Relação identificação do diagnóstico/prioridade clínica.....	63
QUADRO Nº 14:	Relação identificação do diagnóstico/capacidade de expressão.....	64
QUADRO Nº 15:	Relação escala de avaliação/capacidade de expressão.....	64
QUADRO Nº 16:	Relação identificação do diagnóstico/tipo de dor.....	65
QUADRO Nº 17:	Relação identificação do diagnóstico/área de atendimento.	66
QUADRO Nº 18:	Relação identificação do diagnóstico /turno de atendimento.....	66
QUADRO Nº 19:	Primeiro e último valor de intensidade da dor.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA Nº 1:	Esquema representativo das categorias de análise de conteúdo.....	69
FIGURA Nº 2:	Problemática e principais linhas orientadoras de intervenção – Domínio do conhecimento.....	99
FIGURA Nº 3	Problemática e principais linhas orientadoras de intervenção – Domínio das barreiras.....	100

0 – INTRODUÇÃO

O tema central desta dissertação de mestrado diz respeito ao mais frequente dos sintomas que expressa o sofrimento humano, nas suas mais variadas formas: *a dor*. Este é, por certo, um encontro com o qual todos nós já tivemos oportunidade de nos cruzar, mas gostaríamos de ter evitado.

A elaboração deste trabalho insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ano lectivo 2010/2011, e pretende ser um instrumento de avaliação da unidade curricular Dissertação.

A temática central do estudo é a dor, na particularidade de um serviço de urgência, centrando-se a problemática no domínio do diagnóstico de enfermagem, intervenção e documentação da informação, decorrente da percepção de uma prática pouco consistente e não sistematizada neste âmbito. O seu objectivo consiste em descrever o exercício profissional dos enfermeiros na abordagem à dor, no que concerne ao diagnóstico, intervenção e coerência na utilização do processo de enfermagem, tomando como plataforma de análise a representação da prática clínica emergente da documentação.

Em segunda instância pretende-se, a partir do conteúdo informacional emergente de entrevistas realizadas aos enfermeiros, compreender a prática clínica emergente e identificar barreiras face ao diagnóstico, intervenção e documentação, para culminar na identificação das sugestões e estratégias de melhoria.

A sua finalidade consiste na identificação das principais linhas orientadoras para a melhoria do exercício profissional dos enfermeiros na abordagem à dor, situada na representação da dor como 5º sinal vital e enquanto direito humano fundamental. A definição destas directrizes contará imprescindivelmente com os dados obtidos e fontes literárias importantes na temática.

Não faria sentido o desenvolvimento da investigação e particularmente a investigação em enfermagem se o seu objectivo não fosse a mudança na prática clínica e a melhoria da qualidade dos cuidados (Silva e Nora, 2008; McEwen e Wills, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2008). Adicionalmente, a prática da investigação, constitui uma importante fonte de conhecimento fiável de interesse para outros domínios de relevo para a enfermagem, como sejam, a educação, a administração e a informática (Polit e Beck, 2008).

Paralelamente aos objectivos “*major*” deste trabalho, e supra-enunciados, constituem objectivos adicionais, situados no percurso pessoal de investigação, o desenvolvimento de competências de investigação em enfermagem e de juízo crítico sobre a investigação científica.

A pertinência do estudo destaca-se fundamentalmente pelas repercussões negativas do inadequado controlo da dor na qualidade de vida da pessoa, com enfoque nas dimensões fisiológicas e psicológicas (*American Pain Society* e *National Pharmaceutical Council*, 2006; Cox, 2010; Direcção Geral de Saúde, 2008; Leão e Mendonça, 2008; National Pharmaceutical Council e Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001).

Constitui também alicerce de investimento na temática, o reconhecimento de uma inadequada abordagem da dor nos mais diversos contextos de saúde (NPC e JCAHO, 2003; Macintyre et al., 2010; OE, 2008) e a sua sub-valorização em unidades de urgência (Duignan, Dip e Dunn, 2008; Decosterd et al., 2007; Stalnikowicz et al., 2005; Trautman, 2001). Particularmente, um estudo recente que descreve a prevalência e controlo da dor crónica em Portugal, dá conta de uma “faceta” pouco nobre neste âmbito. Este estudo anuncia, que cerca de 36% da população sofre de dor crónica, na sua maioria não controlada, situando-se os scores da sua intensidade ao nível da dor moderada a forte (Castro-Lopes et al., 2010).

Estes aspectos relevam para a temática, no sentido em que a inadequada abordagem da dor radica em repercussões negativas importantes, quer ao nível da pessoa, sistema de saúde e economia em geral (Cox, 2010; Duignan e Dunn, 2009; *International Association of the Study of Pain*, 2010; Macintyre et al., 2010; NPC e JCAHO, 2001). Estes factos encontram agravante perante o reconhecimento da dor como 5º sinal vital (DGS, 2003) e enquanto direito humano fundamental (IASP, 2010). Este “estatuto” inscrito nos direitos da pessoa, e que legalmente lhe confere o direito ao adequado controlo da dor (IASP, 2010), remete os profissionais envolvidos na sua abordagem, e no qual a enfermagem se inscreve, a um adequado exercício profissional (Metzger, Muller e Schwetta, 2002; OE, 2008).

Outro aspecto pelo qual a temática importa para a enfermagem, reside na sua natureza de aproximação à problemática, enquanto inserida no “ângulo” do seu exercício profissional, e sobre a qual os enfermeiros têm o dever moral, ético e legal de um exercício profissionalmente correcto (Briggs, 2010; McCaffery e Beebe, 1992; OE, 2008).

O investimento na dimensão do diagnóstico encontra alicerce na “premissa” de que a efectividade diagnóstica, tem como consequência directa, efectividade de

intervenção (Bible, 2006; Briggs, 2010; Duignan, Dip e Dunn, 2008; Duignan e Dunn, 2009).

A intervenção de enfermagem, particularmente a avaliação e monitorização da dor, constituem também objecto de estudo, no sentido em que estão previstas nas recomendações de boa prática no âmbito da abordagem da dor (DGS, 2003).

A importância do diagnóstico de enfermagem inscreve-se na sua própria definição teórica, ao ser definido como um juízo clínico, alicerçado na colheita e análise dos dados, relativos a uma situação vivida pela pessoa, directriz no planeamento dos cuidados, e que faz parte do exercício autónomo da enfermagem (Grondin et al., 1992). Ainda neste sentido, o processo de enfermagem, enquanto “(...) *processo lógico e deliberado, utilizado para a planificação das intervenções de enfermagem* (...)” (Phaneuf, 2001, p. 92), constitui o alicerce na identificação e diagnóstico dos problemas da pessoa, sendo um marco fundamental na tomada de decisão, planeamento e intervenção de enfermagem (Ibidem, 2001).

Por outro lado, na perspectiva de Ribeiro e Cardoso (2007, p. 9), “(...) *a consistência na classificação da dor, para efeitos da sua caracterização, promove a sua monitorização, desde a avaliação inicial à avaliação da eficácia das intervenções*”. A documentação surge neste sentido, como o meio de acesso à informação no domínio da dor, e pela sua importância na tomada de decisão sobre o plano terapêutico, intervenção e monitorização de cuidados (Cox, 2010; Duignan e Dunn, 2009; OE, 2008; Pereira, 2009).

No que concerne à importância dedicada à identificação das barreiras da adequada abordagem da dor, a literatura sugere-nos a sua exploração, como sendo a primeira medida a ser tomada, no sentido do desenvolvimento de estratégias mais eficazes (Duignan e Dunn, 2009; Thomas, 2007). Constitui também argumento de vários teóricos e defensores da prática baseada na evidência, que a enfermagem só poderá evoluir e melhorar as suas práticas, através da investigação em enfermagem, criando desta forma um corpo de conhecimentos próprio que sustente a prática clínica e delimite com propriedade o seu campo de intervenção (Burns e Grove, 2004; McEwen e Wills; 2007).

No que concerne à dor enquanto foco de atenção de enfermagem, vários estudos reconhecem na investigação em enfermagem, o pilar da mudança e melhoria da prática clínica (Duignan e Dunn, 2009; Thomas, 2007). A Ordem dos Enfermeiros, no âmbito da elaboração do primeiro caderno, “*Dor - Guia Orientador de Boa Prática*”, subscreve a mesma concepção, ao reconhecer a importância do uso apropriado de normas de boa prática e princípios da prática baseada na evidência (OE, 2008).

Por conseguinte, enquanto foco de atenção de enfermagem, e sobre o qual os enfermeiros têm uma intervenção autónoma, a dor constitui uma área de interesse central do exercício profissional dos enfermeiros (Briggs, 2010; McCaffery e Beebe, 1992; OE, 2008), devendo na concepção de cuidados, assumir a sua componente subjectiva e multidimensional, de forma a imprimirem às suas práticas uma abordagem integral, vencendo as próprias dificuldades do contexto.

Subscrevendo os objectivos e finalidade do estudo, enunciamos como título deste trabalho: *“A dor na prática profissional do enfermeiro, num serviço de urgência: processo de tomada de decisão, factores inibidores e estratégias de melhoria”*.

O presente trabalho foi desenvolvido no horizonte temporal de Janeiro a Julho de 2011 e decorreu num hospital regional da região Norte do país.

Quanto à estrutura, encontra-se organizado em quatro partes, designadas respectivamente de, enquadramento teórico, material e métodos, resultados e sua discussão. Seguem-se a conclusão e referências bibliográficas.

Na primeira parte abordam-se os aspectos de natureza teórica no domínio da dor, como sejam a definição do conceito de dor e o percurso da sua valorização, bem como as directrizes de boa prática recomendadas. Descrevem-se também nesta etapa, os aspectos da contextualização do diagnóstico e intervenção de enfermagem, enquanto elementos inscritos no processo de enfermagem; a documentação da informação, como alicerce da continuidade e decisão de cuidados, para culminar com a delimitação do contributo singular da enfermagem nos cuidados à pessoa com dor.

Na segunda parte são abordadas as questões metodológicas, como sejam, os objectivos, descrição do tipo de estudo e paradigma de investigação, variáveis, o processo de construção dos instrumentos de colheita de dados, contexto e amostra. Figuram também a este nível, as questões relativas aos procedimentos de recolha, análise e tratamento de dados, bem como a clarificação de todos os procedimentos éticos cumpridos no âmbito do desenvolvimento do estudo.

Na terceira parte, descrevem-se os resultados do estudo, para na última, serem discutidos, e onde também se enunciam as principais linhas orientadoras do plano de intervenção. Descrevem-se também nesta última parte, as limitações do estudo, e suas implicações para a investigação e a prática clínica de enfermagem.

Segue-se a conclusão, com uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento do trabalho de investigação, com ancoragem nas dificuldades, opções metodológicas e mais-valias destas, principais resultados e sugestões futuras. O último capítulo encerra as referências bibliográficas que sustentam todo o trabalho do ponto de vista teórico.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1– DA CONCEPTUALIZAÇÃO ÀS IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Neste capítulo, conforme o título que o enuncia, serão descritos os principais conceitos utilizados ao longo deste trabalho e que permitem “descortinar” os contornos da sua abordagem. Paralelamente, a relação que vai sendo estabelecida entre os conteúdos constituirá o modelo exemplificativo da temática em estudo e plataforma de análise dos resultados.

São, também nesta etapa, operacionalizadas as áreas de investimento dentro da problemática, como sejam, a dor enquanto experiência individual e multidimensional (Joint Commission Resources e Joint Commission International, 2010; McCaffery e Beebe, 1992; NPC e JCAHO, 2003); o diagnóstico enquanto etapa decisiva no processo de cuidados (Phaneuf, 2001; Grondin et al., 1992) e a intervenção de enfermagem, reconhecida como de importância singular nos cuidados prestados à pessoa com dor (McCaffery e Beebe, 1992; OE, 2008).

No âmbito da actuação de enfermagem serão, para efeitos deste trabalho, de considerar as intervenções de natureza autónoma, sem prejuízo das intervenções interdependentes e as normas de boa prática recomendadas. Por último, serão realçados os aspectos de interesse da documentação da informação, elemento chave de análise e monitorização de cuidados (Briggs, 2010; OE, 2008).

1.1– A Dor Como Elemento Central dos Cuidados de Saúde: o Percurso

A dor é uma experiência universal de todo o ser humano, tendo início precoce na vida de cada um de nós. Como vivência acometida à unicidade da pessoa, ela marca de forma variável a sua construção psicológica e social (Fernandes, 2000; Valéria de Paula, 2006). Contudo, apesar da inevitabilidade com seu confronto, nem todas as pessoas a suportam e se referem a ela da mesma forma, abrangendo

a universalidade da experiência dolorosa, múltiplas facetas da subjectividade humana (Metzger et al., 2002).

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN) (2006, p. 60), a dor é definida como:

“Sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento”.

Muitas têm sido as tentativas de definir a dor, porém a definição que acolhe maior aceitação por parte da enfermagem, é a que nos é fornecida por McCaffery e Beebe (1992, p. 8), que define dor como “ (...) tudo aquilo que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”.

Contudo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) fornece-nos em 1979 a definição de dor mais amplamente utilizada, descrita como uma “ (...) experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (NPC e JCAHO, 2003, p. 4), a qual enfatiza a complexidade da experiência dolorosa, pelas múltiplas dimensões que incorpora (NPC e JCAHO, 2003).

A sua natureza multidimensional inscreve-se na susceptibilidade de influência por variáveis ligadas à própria pessoa, ao processo de saúde-doença em que ocorre, e ao contexto em que a sua vivência acontece (Fernandes, 2000; Metzger, et al., 2002; Valéria de Paula, 2006). Contudo, reconhecida a sua função protectora sobre o organismo, ao funcionar como sinal de alarme (McCaffery e Beebe, 1992; Oware-Gyekye, 2008; OE, 2008; Teixeira e Yeng, 2007), a dor não apresenta qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo, pelo que o seu adequado controlo constitui uma prioridade (Cox, 2010; Lome, 2005; McCaffery e Beebe, 1992; OE, 2008). A minimização dos danos fisiológicos, psicológicos, sociais e económicos, pelo seu adequado controlo (Briggs, 2010; Cox, 2010; Lome, 2005; NPC e JCAHO, 2001; Thomas, 2007), requerem uma abordagem multidimensional, que implica para a prática profissional de enfermagem, um conhecimento aprofundado (McCaffery e Beebe, 1992; OE, 2008) e uma prática integrada e consistente, que preveja a sua natureza subjectiva e de abordagem global (Kim, Sjostrom e Schwartz-Barcott, 2006; McCaffery e Beebe, 1992; Oware-Gyekye, 2008).

Ancorada nas repercussões do inadequado controlo da dor, a Direcção Geral de Saúde inicia em 1999 o seu percurso, com o desenvolvimento do grupo de trabalho para a dor que, em estreita colaboração com a Associação Portuguesa

para o Estudo da Dor (APED), viria a elaborar o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLD), aprovado por despacho ministerial de 26 de Março de 2001 (DGS, 2008).

O controlo da dor emerge neste sentido, como uma prioridade central na prestação de cuidados de qualidade, requisito essencial na humanização dos cuidados, devendo, de acordo com a proposta apresentada pela Associação Internacional Para o Estudo da Dor, ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais (IASP, 2010).

As iniciativas proliferam por parte da Direcção Geral de Saúde, mentora do programa em Portugal, com a emissão em 2003, de uma circular normativa que eleva a dor à categoria de 5º Sinal Vital, e que institui na prática, o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços de prestação de cuidados, à semelhança do que acontece para os quatro sinais vitais “clássicos” (DGS, 2003). Esta directriz pretende ser um instrumento na vinculação dos profissionais a uma prática profissional organizada e sistematizada.

A mesma missão é integrada pela Ordem dos Enfermeiros (2008), na sua estreia com a primeira série «*Cadernos OE*», cuja obra se intitula - «*Dor - Guia Orientador de Boa Prática*», e que pretende ser um reforço para melhorar a capacidade de decisão clínica dos enfermeiros, que “abraçam” no seu quotidiano a dor como uma prioridade, no âmbito das respostas em cuidados de enfermagem, emitindo assim sentido à imprescindibilidade da sua intervenção nos cuidados de saúde.

O crescente investimento e desenvolvimento da investigação científica na área da dor têm permitido o acesso a medidas e estratégias cada vez mais eficazes na sua abordagem. Contudo o inadequado controlo da dor continua a ser uma realidade (DGS, 2008). Esta não é uma problemática recente, estando descritas na literatura diversas iniciativas levadas a cabo por diferentes organizações, no sentido de melhorar as práticas face à inadequada abordagem da dor. A organização *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) publicou em 1992 a primeira *guideline* de prática clínica (CPG) de abordagem da dor, contando com a importante colaboração de diferentes disciplinas (cirurgia, anestesiologia, enfermagem, etc) e diversos grupos de estudo da dor (Associação Internacional para o Estudo da Dor, *American Pain Society*). Esta iniciativa foi sucedida por múltiplos grupos que desenvolveram *guidelines* de actuação dirigidas a diferentes tipos de dor (NPC e JCAHO, 2001).

Apesar dos esforços desenvolvidos pelas diversas entidades, continuam a verificar-se lacunas na implementação prática das medidas preconizadas (DGS, 2008). Neste sentido, estudos recentes na área da dor têm concentrado esforços na

exploração de barreiras ao seu adequado acesso, avaliação e intervenção (Coker et al., 2010; Duignan, Dip e Dunn, 2008; Hogan, 2005; NPC e JCAHO, 2001), remetendo as barreiras ao campo dos défices de informação e formação acerca da dor, o desconhecimento de instrumentos de medida adequados e a desvalorização, por parte dos profissionais de saúde, da sua natureza subjectiva e multidimensional.

A visibilidade da prática clínica, conseguida pela investigação científica, ao nível dos domínios supraenunciados, e o reconhecimento de práticas ineficazes face à sustentabilidade de conhecimento existente na temática, têm servido de alicerce ao desenvolvimento de estudos centrados na identificação de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados (McMillan et al., 2005; Zhang et al., 2008). Neste sentido, vários estudos argumentam que a identificação das barreiras ao adequado acesso e gestão da dor, constitui a primeira etapa para ultrapassar os problemas e encontrar soluções e estratégias eficazes (Duigan e Dunn, 2009; Thomas, 2007).

O recente interesse e reconhecimento do controlo da dor como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde, pela organização internacional de acreditação hospitalar, *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), e o desenvolvimento de medidas *standart* de actuação pela mesma entidade, constitui um importante avanço face à adequada abordagem da dor e melhoria da prática clínica (NPC e JCAHO, 2001; JCR e JCI, 2010). Em 2001, a mesma organização cria um manual de actuação, cujos propósitos se alicerçam na melhor compreensão da dor como experiência subjectiva e multidimensional, com pontos de ancoragem em directrizes de actuação, clarificação das barreiras da prática clínica e estratégias de melhoria, procurando neste alinhamento, uniformizar práticas de actuação mais eficazes.

1.2 – Directrizes de Boa Prática na Avaliação da Dor

Apesar de ser um sintoma, a dor é presença constante na maioria das doenças, sendo considerada actualmente um dos grandes problemas de saúde pública (Cox, 2010; DGS, 2008; Lome, 2005; McCaffery e Beebe, 1992; OE, 2008). A queixa é “ (...) o modo mais comum de manifestar a dor e o seu registo é vasto, indo desde o mutismo contido, até às manifestações mais demonstrativas, consoante os indivíduos” (Metzger et al., 2002, p. 27).

A sua mensuração é portanto difícil, relacionada com a experiência de vida e

pela sua influência por diferentes variáveis, devendo ser acreditada na forma como é percebida (McCaffery e Beebe, 1992) e tratada com o devido respeito, numa visão integral dos cuidados (Metzger et al., 2002; Valéria de Paula, 2006).

A dor como experiência multidimensional envolve neste sentido, aspectos quantitativos, sensitivos, emocionais e repercussões biopsicossociais, devendo prever na sua abordagem, a avaliação da intensidade, qualidade, duração, localização, factores de melhoria e agravamento, bem como repercussões sociais, psico-comportamentais e nas actividades de vida diária (Briggs, 2010; McCaffery e Beebe, 1992; JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2001; Ribeiro e Cardoso, 2007). Estes dados, particularmente a intensidade, a qualidade e a localização, devem ser sistematicamente avaliados (Briggs, 2010; McCaffery e Beebe, 1992; Ribeiro e Cardoso, 2007) de forma a traduzir a magnitude do problema, os resultados das intervenções terapêuticas e a evolução da condição clínica da pessoa (Bible, 2006; Leão e Mendonça, 2008; McCaffery e Beebe, 1992; Teixeira e Yeng, 2007; OE, 2008).

Porém, a dor é um fenómeno complexo, subjectivo e de percepção única da pessoa, pelo que o acesso à dor de forma directa e a sua quantificação constitui uma tarefa difícil (McCaffery e Beebe, 1992). A dor, está neste sentido longe de ser traduzida pela simples resposta à pergunta “quanto dói” (International Association for the Study of the Pain, 1993), devido à sua influência por múltiplos factores, como sejam de ordem pessoal, emocional, profissionais, culturais, expectativas, percepção de controlo, entre outros (NPC e JCAHO, 2003; JCR e JCI, 2010).

A dor como experiência subjectiva encontra assim, dificuldades na sua mensuração objectiva (Metzger et al., 2002; NPC e JCAHO, 2001; Ribeiro e Cardoso, 2007), devendo incorporar na sua avaliação as formas de comunicação verbal e não verbal da pessoa (IASP, 1993), dado que “ *a qualidade de avaliação da dor depende da riqueza das informações obtidas junto do doente*” (Metzger et al., 2002, p. 161).

Por conseguinte, existem diferentes estratégias para avaliar a dor, as quais podem ir desde a observação, entrevista, auto-relato, até à utilização de instrumentos de medida, como sejam as escalas de avaliação (Briggs, 2010; DGS, 2008; MacIntyre et al., 2010; McCaffery e Beebe, 1992; Metzger, et al., 2002; OE, 2008).

Existe uma variedade de escalas que permitem uma avaliação consistente da dor. As escalas unidimensionais exploram apenas um elemento, como a intensidade, sendo exemplo destas, a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Escala das Faces (EF) e a Escala Qualitativa (EQ). Contudo, a utilização destas escalas implica que a pessoa possua capacidade de

compreensão, abstracção e verbalização (MacIntyre et. al., 2010; OE, 2008; Teixeira e Yeng, 2007). O uso destes instrumentos, embora úteis, particularmente em situações de dor aguda, podem tornar-se demasiado redutores em alguns tipos de dor, pelo se recomenda, na “voz” de estudiosos na área da dor, a utilização de instrumentos multidimensionais na avaliação da dor complexa e persistente (MacIntyre et al., 2010; NPC e JCAHO, 2001).

As escalas multidimensionais são usadas, particularmente em situações de dor persistente e exploram mais características acerca da dor e o seu impacte. São exemplo, o *Brief Pain Inventory* (Cleeland e Ryan, 1994), *McGill Pain Inventory*, (Melzack, 1975) e as escalas comportamentais mais dirigidas à especificidade de alguns grupos, como sejam a escala Dolloplus, utilizada em idosos (Guarda, 2007). Existem ainda outras, mais indicadas para a área de pediatria, como por exemplo, a *Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN), *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), *Premature Infant Pain Profile* (PIPP), Sistema de Codificação da Actividade Facial Neonatal (NFCS) e Escala Objectiva de Dor (OPS) (Batalha, Santos e Guimarães, 2005).

Em todas as situações, a utilização de instrumentos de medida deve ter em atenção a sua adequabilidade para com as características da população estudada, nomeadamente as capacidades de compreensão (NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008; Teixeira e Yeng, 2007).

Urge neste sentido um compromisso multidisciplinar na abordagem da dor, no âmbito da avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, contando para tal com a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família, enquanto parceiros de cuidados, sendo de reconhecida emergência a necessidade de formação a todos os intervenientes para o desenvolvimento de boas práticas (Leão e Mendonça, 2008; OE, 2008).

1.3 - Barreiras ao Adequado Controlo da Dor

Apesar da sustentabilidade científica existente na temática, as lacunas na adequada abordagem da dor continuam a existir, sendo esta prática extensível ao contexto de cuidados em estudo (DGS, 2008; OE, 2008).

Será neste âmbito, efectuada uma descrição sumária das principais barreiras ao adequado controlo da dor, situadas no domínio geral dos serviços de saúde, e na particularidade dos serviços de atendimento urgente.

De uma forma global, segundo a *Joint Commission on Accreditation of*

Healthcare Organizations (2010), as barreiras na adequada gestão da dor dividem-se em quatro grandes grupos: as relacionadas com os profissionais, as relacionadas com o cliente, as relacionadas com a instituição e as relacionadas com as políticas. Versando as relacionadas com os profissionais de saúde, são descritas fundamentalmente a falta de conhecimentos e o desfasamento de concepções entre os diferentes elementos da equipe multidisciplinar. Quando estas se centram na pessoa, versam fundamentalmente as dificuldades na objectivação das queixas, os défices cognitivos e a própria individualidade da experiência dolorosa, que desce ao nível de factores pessoais, psicológicos, culturais e espirituais. As duas últimas versam essencialmente os mesmos aspectos, como sejam a falta de uma cultura de qualidade e de uma prática baseada na evidência científica (JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2003).

Centradas na especificidade do contexto de cuidados, são descritas em alguns estudos de investigação, as próprias características do contexto como sejam, a falta de tempo, quer para o adequado diagnóstico, quer no controlo efectivo da dor, a responsabilidade para com outros doentes graves (Duignan, Dip e Dunn, 2008) e o pouco tempo de contacto com a pessoa (Thomas, 2007).

Não específicas do contexto de urgência, mas também consideradas neste âmbito, figuram como barreiras, a dificuldade no acesso aos dados em doentes com défices cognitivos, a subvalorização da dor, as diferentes concepções apresentadas pelos diversos elementos da equipe multidisciplinar e também, a falta de conhecimentos dos profissionais sobre o métodos de controlo da dor (Duignan, Dip e Dunn, 2008).

2 – DAS FERRAMENTAS TEÓRICAS AO CONTRIBUTO SINGULAR DA ENFERMAGEM

Neste capítulo serão descritos os contributos das ferramentas teóricas de suporte à prática de enfermagem, com particular destaque sobre o processo de enfermagem, enquanto directriz na organização dos cuidados e como elemento determinante na efectividade da intervenção de enfermagem (McCaffery e Beebe, 1992; Phaneuf, 2001).

2.1 – Do Processo de Enfermagem ao Diagnóstico e Planeamento

Há muitos anos que os enfermeiros utilizam o processo de enfermagem como instrumento base do planeamento das suas intervenções. Embora delineadas de formas distintas por muitos líderes de enfermagem, as etapas do processo de enfermagem encontram como pontos comuns em todas as definições: a colheita de dados, a análise e interpretação dos dados, planificação, execução das intervenções e avaliação (Phaneuf, 2001).

Definido como, um juízo clínico, alicerçado na colheita e análise dos dados relativos a uma situação de vida da pessoa e directriz no planeamento dos cuidados (Grondin et al, 1992), o diagnóstico de enfermagem assume lugar de destaque no exercício autónomo de enfermagem. *“Este instrumento de resolução de problemas veio precisar e ordenar a sua acção, enquanto o desenvolvimento de modelos conceptuais trouxe ao processo de enfermagem uma orientação mais centrada na pessoa”* (Grondin et al., 1992, p.1). Por conseguinte, com o aparecimento dos diagnósticos de enfermagem, cria-se um elemento novo de lógica pragmática e clareza interessante, a abordagem etiológica, a qual remete o plano de cuidados a uma ordenação clara de problemas, causas e factores etiológicos que norteiam a actuação de enfermagem (Doenges e Moorhouse, 1992; Grondin et al., 1992).

A actividade diagnóstica, inscrita na segunda etapa do processo de enfermagem, e que culmina no diagnóstico, é entendida como um segundo nível de análise e interpretação de dados. Este segundo nível agrega a organização dos elementos da observação, instrumentos de avaliação ou outros, para a tomada de decisão sobre o diagnóstico, utilizando para tal, um processo de resolução de problemas, no sentido de concretizar as restantes etapas do processo (Phaneuf, 2001).

No que concerne ao diagnóstico “dor”, a literatura recomenda que para além das características específicas a documentar (origem, localização e manifestações), podem ser valorizados outros aspectos como sejam, a qualidade da dor, a intensidade, factores de alívio ou agravamento e factores relacionais (McCaffery e Beebe, 1992; Metzger et al., 2002; OE, 2008; Ribeiro e Cardoso, 2007).

Ainda neste domínio, a Direcção Geral de Saúde, no âmbito da argumentação e regulamentação da prática clínica de abordagem da dor como 5º sinal vital, adverte que o sucesso da estratégia terapêutica tem relação directa com a sua avaliação, devendo para tal ser monitorizada e efectuado o seu registo de forma contínua e regular (DGS, 2003).

Importa neste sentido, que os enfermeiros reúnam conhecimentos no domínio da dor, podendo para tal socorrer-se da Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE), que a define de um modo geral e a discrimina face aos diferentes tipos de dor (ICN, 2006). Constituem outras fontes de relevo, a circular normativa da DGS de 2003 (DGS; 2003) e o Guia Orientador de Boa Prática, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008), onde se clarificam as normas de actuação recomendadas na prática de avaliação da dor.

Neste alinhamento, Ribeiro e Cardoso (2007) dizem-nos que a determinação efectiva dos diagnósticos de enfermagem da pessoa que sente dor, pressupõe a identificação e valorização dos dados que permitem, com rigor, identificar as necessidades em cuidados, para melhor decidir pelas intervenções.

2.2 – Do Planeamento à Intervenção de Enfermagem

A actuação de enfermagem pode ser, quanto à sua intervenção, de natureza autónoma ou interdependente, conforme a sua acção seja iniciada pelo enfermeiro ou pelo médico respectivamente. Uma intervenção de enfermagem diz respeito a *“(...) qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado pelo enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente”*

(Dochterman e Bulechek, 2008, p.xxii).

A intervenção de enfermagem iniciada pelo enfermeiro é uma acção iniciada pelo próprio, em resposta a um diagnóstico de enfermagem. Constitui um acto autónomo, realizado de forma planeada e relacionada com o diagnóstico e resultados esperados, com base no conhecimento científico. A intervenção de enfermagem iniciada pelo médico é a que este efectua, em resposta a um diagnóstico médico, mas executada pelo enfermeiro, como resposta a uma prescrição médica (Dochterman e Bulechek, 2008).

No domínio da dor, segundo a circular normativa da DGS de 2003, constitui norma de boa prática a avaliação da dor como 5º sinal vital, ou seja a sua avaliação e monitorização regular à semelhança do que acontece para os quatro sinais clássicos e o seu respectivo registo (DGS, 2003). No que se reporta à avaliação da dor, serão de privilegiar, para efeitos deste trabalho, as intervenções de enfermagem de domínio autónomo, e sugeridas pelo Conselho Internacional de Enfermagem, como sejam as de avaliar a dor, “ (...) o *processo contínuo de medir o progresso ou extensão*” (ICN, 2006, p.134) e monitorizar a dor, como acção de “(...) *escrutinar a dor em ocasiões repetidas ou regulares*” (ICN, 2006, p.135).

Adicionalmente, serão de considerar todas as intervenções que, embora extrapolando as de especificidade da referida norma, traduzem de igual forma a actuação de enfermagem face à dor, e que se inscrevem no domínio interdependente, como sejam: referir dor/agravamento da dor ao médico, administração de terapêutica prescrita, gerir analgesia.

2.3 - Da Documentação dos Dados à Decisão de Cuidados

O termo “documentação” tem a sua origem no vocábulo grego “*docere*” que designa “instruir”, servindo os registos escritos realizados pelos enfermeiros, como meio para instruir a equipa multidisciplinar acerca do estado de saúde da pessoa e os cuidados dispensados (Phaneuf, 2001).

Inerentemente associado ao processo de diagnóstico, e estando a enfermagem vinculada ao processo de enfermagem, guia orientador da tomada de decisão clínica (Phaneuf, 2001), urge a necessidade de documentação dos dados.

Numa profissão iminentemente centrada na relação humana, entende-se que a necessidade de cuidados directos, prevaleça sobre a documentação da

informação relativa aos cuidados, contudo, importa não esquecer da obrigação legal a ela implícita (Paiva, 2006).

A necessidade de documentação encontra alicerce em cinco argumentos principais: *“promover a continuidade de cuidados; produzir documentação de cuidados; possibilitar a avaliação dos cuidados; facilitar a investigação sobre os cuidados e otimizar a gestão dos cuidados”* (Doenges e Moorhouse, 1992, p. 53).

A este respeito, de acordo com o Código Deontológico *“(...) o enfermeiro deve assegurar a continuidade de cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas(...)”* (OE, 2003, p. 21), comunicando de forma consistente a informação relevante, correcta e compreensível sobre o estado de saúde da pessoa, na forma oral, escrita ou electrónica, no cumprimento das suas competências (OE, 2003).

A documentação dos dados constitui, neste sentido, um recurso no processo de tomada de decisão acerca do tratamento e um meio de avaliação da eficácia das terapêuticas efectuadas (Cox, 2010; NPC e JCAHO, 2003; OE, 2008; Pereira, 2009). Ainda neste sentido, estudos efectuados no âmbito da documentação da informação, relativa ao diagnóstico e actuação dos enfermeiros face à dor na urgência, reportam-na como insuficiente (Thomas, 2007).

Por conseguinte, a documentação dos dados resultantes da avaliação da dor, assume-se como um elemento *“pivot”* na monitorização da eficácia das terapêuticas implementadas e promotor de uma efectiva comunicação entre profissionais de saúde, constituindo adicionalmente um elemento de relevo em questões de ordem legal (Briggs, 2010; Silva e Pimenta, 2003; OE, 2008). A este respeito, Silva e Nora (2008) dizem-nos que os dados compilados são finitos em si próprios, possuindo apenas interesse, à medida que forem capazes de gerar informação para o processo de tomada de decisão, numa lógica de melhoria contínua de qualidade.

2.4 - Do Contributo Singular da Enfermagem à Pessoa com Dor

Terminada a conceptualização teórica dos conteúdos que dão corpo à presente investigação, importa situar o contributo singular que a enfermagem, no seu exercício profissional, empresta aos cuidados às pessoas com dor.

O enfoque sobre o papel imprescindível dos enfermeiros nos cuidados à pessoa com dor é visível em vários estudos que versam a temática (Briggs, 2010; OE, 2008; Oware-Gyekye, 2008). McCaffery e Beebe (1992) argumentam

claramente o papel do enfermeiro enquanto membro de uma equipa multidisciplinar, considerando-o como o interlocutor directo da pessoa com dor. Alicerçam esta importância, face à relação de proximidade e permanência junto da pessoa, o que lhe confere vantagem em solidez da aliança terapêutica e privilégio no acesso à informação, com possíveis ganhos em eficácia diagnóstica e resultados em saúde. Salientam-se como funções de enfermagem, na perspectiva das mesmas autoras, a realização de métodos para alívio da dor, identificação de necessidades de alteração do plano terapêutico ou a implementação de métodos adicionais e a monitorização da sua eficácia (Ibidem, 1992).

Ainda neste âmbito, estudos mais dirigidos à temática, argumentam que o diagnóstico e avaliação da dor constitui o “*cuore*” da actuação de enfermagem em muitos contextos de cuidados, enfatizando que a conceptualização da dor como 5º sinal vital promove a consciencialização para a necessidade de eficácia da intervenção. Acrescentam ainda que, enquanto experiência multidimensional, a dor exige uma abordagem global, situando o acesso ao diagnóstico, muito para além dos dados de localização e intensidade (Briggs, 2010).

Outros autores referem que a base da assistência de enfermagem à pessoa com dor, se define pela prestação de cuidados no sentido integral, ou seja, considerando na sua abordagem, os múltiplos factores que a influenciam. A prática desta concepção coloca exigências aos profissionais de saúde exigências ao nível da formação teórica, preparação psicológica e assunção de uma atitude de compromisso e responsabilidade no seio da equipa multidisciplinar (Akbas e Öztunç, 2008; Oware-Gyekye, 2008; Teixeira e Yeng, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros, no exercício da suas competências, e como entidade reguladora do exercício profissional, vinca este papel, realçando que a excelência do exercício profissional, e na particularidade da pessoa com dor, decorre do uso apropriado de conhecimentos válidos, como sejam os guias de boas práticas. Acrescenta ainda que a dor, enquanto direito fundamental da pessoa e foco de atenção de enfermagem, remete a estes profissionais o dever de um exercício profissional, ética e legalmente correcto (Akbas e Öztunç, 2008; OE, 2008).

O contributo de enfermagem, que subscreve todas as considerações anteriores, acresce do desenvolvimento do conhecimento, pela conduta da prática baseada na evidência, numa lógica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Craig e Smyth, 2004; Gerrish e Lacey, 2010; Leão e Mendonça, 2008; Loiselle et al., 2010; McEwen e Wills, 2007; OE, 2008).

PARTE II – METODOLOGIA

1- MATERIAL E MÉTODOS

Importa neste capítulo clarificar que a investigação em enfermagem requer, para a produção de conhecimento sólido e válido, uma abordagem rigorosa e sistemática. Neste sentido, Burns e Grove (2004) dizem-nos que a investigação em enfermagem significa pesquisar de novo e estudar com cuidado, reportando-a como o “(...) *estudo sistemático e completo que dá por válidos conhecimentos já existentes e desenvolve outros*” (Burns e Grove, 2004, p. 3). Acrescentam como características fundamentais da investigação, a planificação, organização e persistência, elementos essenciais de garante da produção de um corpo de conhecimento válido e sustentado (Ibidem, 2004).

Subscrevendo a importância do planeamento e organização, na investigação em enfermagem, Quivy e Campenhoudt (1988, p.15) dizem-nos que “(...) *a fase de construção do modelo de análise constitui a charneira entre a problemática fixada e o trabalho de elucidação sobre o campo de análise restrito e preciso*”. Ainda neste domínio, Polit, Beck e Hungler (2004) referem-nos que o delineamento da pesquisa designa o plano geral do pesquisador para responder às questões de investigação, onde também se incluem as principais decisões metodológicas que determinam o rumo da investigação.

E porque, como já argumentado no início deste capítulo, todo o processo de investigação subscreve como características fundamentais, a organização e o planeamento (Burns e Grove, 2004), importa neste estadió descrever a estrutura organizacional que norteia o presente estudo, bem como os propósitos que servem cada uma das etapas.

Assim, a estrutura do presente trabalho decorre em quatro etapas. A primeira, tomando como plataforma de análise a documentação de enfermagem, pretende descrever a prática clínica de enfermagem na abordagem à dor, com particular destaque sobre o diagnóstico, intervenção de enfermagem e documentação da informação. Para esta etapa, uma vez que a mesma se concretiza com a “leitura” do conteúdo informacional dos registos de enfermagem, foi elaborada uma grelha de observação da informação, que serviu de “matriz” condutora na recolha de dados. Relativamente a este aspecto, a literatura diz-nos que a elaboração dos instrumentos de medida constitui a finalização do processo de operacionalização, a

qual consiste na definição das dimensões do conceito, e na identificação de indicadores que o permitam medir (Fortin, 2009).

Neste sentido a grelha de observação foi elaborada, prevendo as variáveis em estudo, sendo definida para cada uma, os indicadores da sua mensuração. Do ponto de vista do suporte científico, o desenvolvimento da matriz de observação, contou com estudos que versam a elaboração deste tipo de instrumentos (Paiva, 2006; Silva e Pimenta, 2003), sendo ao nível da elaboração dos indicadores de medida das variáveis, de relevante importância as fontes bibliográficas na temática, alicerce da construção do quadro teórico do presente estudo. Relativamente às variáveis específicas do contexto, foram definidos indicadores decorrentes do conhecimento e experiência das autoras acerca da realidade de cuidados.

A segunda etapa procura perceber, com base na opinião dos enfermeiros, situada nas concepções pessoais acerca da dor e interpretação da prática clínica de enfermagem, o processo de tomada de decisão nos domínios enunciados no âmbito da primeira etapa. Constitui também pretensão, identificar barreiras e estratégias de melhoria da prática clínica de enfermagem, enunciadas pelos próprios actores. Para o desenvolvimento desta etapa foi elaborada uma entrevista semi – estruturada. Este instrumento subscreveu para a sua construção, os dados decorrentes da primeira etapa, os referenciais teóricos e literatura no âmbito da temática, com enfoque no diagnóstico de enfermagem, intervenção e barreiras na abordagem da dor (McCaffery e Beebe, 1992; JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008; Phaneuf, 2001).

Nos métodos de pesquisa qualitativa, a descoberta é efectuada por múltiplas formas de compreensão. O investigador procura um método apropriado para dar resposta às suas interrogações, atendendo aos fenómenos específicos em estudo (Streubert e Carpenter, 2002).

A entrevista constitui o principal método de colheita de dados em investigação qualitativa, sendo a semi-estruturada a mais amplamente utilizada. A sua estrutura consta de uma lista de temas predefinidos e respectivas questões, apresentadas ao entrevistado na ordem que o investigador julga mais apropriado. No final da entrevista todos os temas devem ter sido abordados (Fortin, 2009).

A terceira etapa socorre-se das duas anteriores para a triangulação de dados, na procura de uma leitura mais aproximada e sustentada da realidade. A triangulação é definida como uma técnica de pesquisa qualitativa (Speziale-Streubert, Streubert e Carpenter, 2010), consistindo do uso combinado de mais que um método para estudar o mesmo assunto, também entendido como um método de validação (Jick, 1979; Creswell e Miller, 2000). O objectivo consiste em imprimir maior validade e credibilidade aos resultados (Hesse - Biber, 2010).

A última etapa subscreve as etapas precedentes na definição da problemática e identificação de algumas linhas orientadoras de intervenção para a melhoria da prática clínica de enfermagem. Situando o presente estudo no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados, este estadio, do ponto de vista das etapas que constituem o ciclo da qualidade definidas por Donabedian (2003), insere-se ao nível da primeira, na qual se determina o problema e se delineiam as principais linhas orientadoras da intervenção.

Uma conduta alicerçada na investigação em enfermagem, que abraça com propriedade os problemas da prática, está descrita em vários estudos, como sendo o pilar da qualidade, o que confere sustentabilidade científica e solidez ao exercício profissional de enfermagem (McEwen e Wills, 2007; Burns e Grove, 2004).

Esta etapa será desenvolvida tomando como perguntas de investigação:

Qual a actuação do enfermeiro num serviço de urgência, face à pessoa com dor, no que concerne ao diagnóstico, intervenção e documentação da informação?

Que estratégias podem ser implementadas, no sentido de melhorar a prática clínica de enfermagem, no âmbito do diagnóstico, intervenção de enfermagem e documentação da informação?

1.1 - Objectivos

Os objectivos do estudo, de uma forma geral prevêem a descrição da prática clínica de enfermagem, centrada no foco de atenção “dor” e a sua interpretação na perspectiva dos actores, no sentido de se constituírem directrizes na análise da prática e na identificação das principais linhas orientadoras da intervenção.

Deste modo, na especificidade, os objectivos versam as variáveis definidas para cada uma das etapas do estudo e o respectivo estudo da relação entre estas.

Neste sentido, pretende-se perceber, se existem diferenças na valorização da dor face à queixa de triagem (tipo de dor), duração da dor, intensidade da dor, défices cognitivos ou de expressão, tempo de permanência na urgência, área de atendimento e turno, bem como identificar as barreiras reportadas pelos enfermeiros, no âmbito do diagnóstico de enfermagem, intervenção e documentação da informação. Esta análise toma como objectivos, a análise da prática clínica e identificação de linhas orientadoras de intervenção.

A finalidade do estudo insere-se na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com dor que, ao subscrever a compreensão do fenómeno

situado na realidade do contexto e perspectiva dos próprios participantes, procura maior sustentabilidade para a definição de estratégias de intervenção.

De facto, vários estudos salientam o contributo particular da enfermagem ao nível da tomada de decisão sobre os processos de acreditação da qualidade, e como impulsionadores do exercício dessa mesma qualidade (Aquino, Giaponesi e Santos, 2008; Donabedian, 1988).

Face ao anteriormente enunciado, definimos como objectivos do estudo:

- Descrever a prática clínica de enfermagem face à dor, num serviço de urgência;
- Descrever como se encontra representado na documentação, o diagnóstico de enfermagem “dor”, no que se refere às suas características definidoras;
- Descrever o processo de tomada de decisão na identificação do diagnóstico de enfermagem “dor”, nomeadamente os elementos de informação recolhidos para a identificação do diagnóstico;
- Descrever o processo de tomada de decisão no âmbito do planeamento e execução das intervenções de enfermagem;
- Descrever a coerência da utilização do processo de enfermagem;
- Descrever as barreiras enunciadas pelos enfermeiros como limitativas da identificação do diagnóstico, intervenção e documentação da informação;
- Descrever as estratégias de melhoria sugeridas pelos enfermeiros, no âmbito do processo de diagnóstico, intervenção e documentação face ao foco de atenção “dor”;
- Propor um conjunto de estratégias para a melhoria da prática clínica de enfermagem.

Face aos objectivos definidos enunciamos as seguintes questões de investigação:

- Qual a prática profissional dos enfermeiros, num serviço de urgência, face à pessoa com dor, no que concerne ao diagnóstico de enfermagem, intervenção e documentação da informação?
 - Existem diferenças na valorização da dor em contexto de urgência, face aos diferentes tipos de dor?
 - Existem diferenças na avaliação da dor, face à área de atendimento da urgência em que a pessoa recebe cuidados?
 - Existem diferenças na avaliação da dor e documentação da informação, face ao turno de atendimento?
 - Que elementos de informação utilizam os enfermeiros para a tomada de decisão sobre o diagnóstico dor?

- Como avaliam os enfermeiros a dor, na pessoa com défices cognitivos e de expressão, e que instrumentos utilizam?
- Que intervenções de enfermagem implementam face à dor?
- Que barreiras identificam os enfermeiros, no âmbito do diagnóstico, intervenção e documentação dos dados?
- Que sugestões os enfermeiros recomendam para a melhoria da prática clínica, no âmbito do processo diagnóstico, intervenção e documentação da informação?
- Que estratégias podem ser desenvolvidas de forma a colmatar as dificuldades enunciadas?

Pretende-se também com este trabalho, desenvolver um suporte teórico de argumento da necessidade de implementação de novas estratégias de melhoria da qualidade, junto dos órgãos de gestão da instituição onde desenvolvo a minha actividade profissional. Os resultados poderão constituir o “trampolim” na definição de novas questões de investigação.

1.2 - Paradigma de Investigação, Tipo de Estudo e Opções Metodológicas

O presente estudo é de natureza descritiva e transversal. A sua inscrição no domínio descritivo encontra ancoragens na sua própria definição, entendida como a exploração e descrição dos fenómenos a partir do contexto real, através do qual os investigadores descobrem novos significados, determinam a frequência com que algo acontece e categorizam a informação. Os resultados da investigação compreendem a descrição de conceitos, a identificação de relações e desenvolvimento de hipóteses que sirvam de base para investigações futuras (Burns e Grove, 2004).

No âmbito da prática clínica de enfermagem, os estudos descritivos podem ser usados para o desenvolvimento de teorias, identificação de problemas, tomada de decisão, ou no complemento de outros estudos. Utilizam-se habitualmente para desenvolver o conhecimento numa área pouco estudada (Houser, 2008).

A designação de estudo transversal remete para a forma como ocorre a colheita de dados, que no presente estudo ocorre num único momento (Houser, 2008; Polit, Beccck e Hungler, 2004).

Como paradigma de investigação, o estudo socorre-se de dois tipos de paradigmas, isto é, o quantitativo e o qualitativo, o que o situa num estudo, que utiliza um método de pesquisa misto. A metodologia mista consiste do uso combinado de duas ou mais estratégias de investigação, qualitativa e/ou quantitativa, num mesmo estudo, implementadas em simultâneo ou sequencialmente (Creswell e Clark, 2007; Morse, 2003). Os propósitos da utilização de mais do que um método de pesquisa num mesmo estudo versam, entre outros, a triangulação de dados (Greene, 2007).

Definidos como espelho de uma filosofia determinista, os paradigmas quantitativos tomam por base a escola de pensamento pós-positivista, assumindo uma abordagem tipicamente dedutiva, onde maioritariamente as ideias são reduzidas a variáveis e relações entre elas. As estratégias adoptadas neste tipo de pesquisa visam refinar o conhecimento e obedecem a critérios de sistematização, objectividade e rigor científico (Sousa, Driessnack e Mendest, 2007).

No âmbito da metodologia qualitativa aplicada à saúde, *“(...) emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenómeno em si, mas entender seu significado individual ou colectivo para a vida das pessoas (...) o significado tem função estruturante em torno do que as coisas significam (...)”* (Turato, 2005, p. 509). Nas pesquisas qualitativas, o investigador procura entender os fenómenos na perspectiva dos participantes, situando a partir daí a sua interpretação dos fenómenos (Neves, 1996).

Neste sentido, Landin e outros (2006, p. 53) referem-nos que *“(...) mesmo distintos em relação à forma e à ênfase, os métodos qualitativos e quantitativos não se opõem nem se excluem, mas se complementam no propósito de desvelar, da forma mais completa possível, as facetas de dado fenómeno ou realidade social”*, verificando-se tendencialmente, a crescente utilização na área da saúde, de estudos que integram as duas metodologias (Polit, Beck e Hungler, 2004). O uso combinado de técnicas qualitativas e quantitativas, imprime solidez à pesquisa e reduz as limitações da adopção exclusiva de cada um dos métodos (Greene, 2007; Hesse - Biber, 2010; Neves, 1996; Plano-Clarck e Creswell, 2011).

A utilização dos dois métodos de pesquisa no presente estudo, tem como objectivo a triangulação de dados, pretendendo uma abordagem mais sustentada e aproximada da realidade.

A triangulação designa o uso combinado de mais que um método para estudar o mesmo assunto, também entendido como um método de validação (Creswell e Miller, 2000; Jick, 1979; Speziale-Streubert, Streubert e Carpenter, 2010), através do qual se pretende uma maior sustentabilidade e credibilidade dos resultados (Hesse - Biber, 2010). Greene (2007, p. 100) define-a, como *“(...) a*

convergência, corroboração e correspondência entre resultados provindos de vários métodos de pesquisa". Morse (1991) acrescenta o termo "*triangulação combinada*", na qual os resultados de um método servem de alicerce para o planeamento do outro, complementando-o.

Clarificada a filosofia de cada um dos métodos de pesquisa, e subscrevendo o seu interesse para o presente estudo, importa referir que a investigação é um processo e como tal inclui um propósito, uma série de acções e uma meta. O propósito determina uma linha orientadora no alcance de uma meta pré-determinada (Burns e Grove, 2004).

Em síntese, "*(...) todo o método encontra o seu limite ante a grandeza dos fenómenos e a subjectividade humana*" (Landin, Lourinho e Lira, 2006).

1. 3 - Variáveis do Estudo

Importa definir que as variáveis são as unidades de base da investigação, designadas como "*(...) qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo*" (Fortin, 2009, p. 171), podendo ser designadas como variáveis de investigação, quando não existem variáveis independentes a manipular ou relações de causa-efeito (Fortin, 2006).

Não estando à partida estudada uma relação de causa-efeito entre as variáveis definidas para o estudo, mas parecendo existir empiricamente a possibilidade destas se relacionarem com a identificação do diagnóstico e da respectiva intervenção de enfermagem, estas serão definidas como variáveis de investigação.

Partindo da experiência empírica da autora acerca da realidade de cuidados, e da literatura sobre a temática, constitui pretensão estudar a relação da identificação do diagnóstico "dor" e intervenções de enfermagem associadas, com as seguintes variáveis: capacidade de expressão (factores limitativos de compreensão e expressão, como por exemplo, doença de Alzheimer, demência, afasia, trauma maxilo-facial, etc), prioridade clínica (processo de triagem de Manchester, cor laranja, amarelo, verde ou azul), tipo de dor (dor músculo-esquelética, dor torácica, dor abdominal, etc), intensidade da dor (valor numérico atribuído de acordo com a escala utilizada), área de atendimento de urgência (atendimento geral, medicina interna, cirurgia, ortopedia, e área de observação de adultos) e turno de atendimento (manhã, tarde e noite). Relativamente à variável tipo de dor, esta representa a designação do tipo de dor associada à queixa, no

processo de triagem de Manchester, como por exemplo, a dor torácica, dor abdominal, dor muscular, dor lombar, etc. Parecendo, no domínio empírico, haver uma maior valorização no que se refere à primeira, se esta é tipicamente uma dor pré-cordial (condição de risco de vida) e no caso da segunda, se clinicamente traduz um quadro pancreático ou apendicite (também susceptível de complicações graves) importa considerar a possível relação entre estas variáveis. Não será *a priori* equacionado especificamente um ou outro tipo de dor, servindo as situações anteriores apenas como exemplo, prevendo contudo o instrumento de colheita de dados dos registos de enfermagem (anexo I) a recolha de informação relativa aos diversos tipos de dor, que constam do registo de triagem de Manchester.

Importa clarificar, no que se reporta às características do contexto do serviço de urgência (áreas de atendimento do serviço de urgência), que não existe na literatura investigação que fundamente esta relação específica com a identificação do diagnóstico de dor. Contudo, há alguma evidência de que existe uma subvalorização da dor nesta realidade de cuidados, relacionada com alguns aspectos particulares, como sejam o atendimento por prioridade, o ambiente por vezes caótico e a falta de compreensão e valorização da dor pelos próprios profissionais de saúde (Thomas, 2007), o que resulta no seu inadequado tratamento e complicações associadas (Cox, 2010; Hogan, 2005).

As variáveis relacionadas com a capacidade de expressão, são todas as situações da condição de saúde actual ou prévia, que a possam afectar, podendo influenciar o processo diagnóstico e implicar outros recursos de colheita de dados, como sejam, a utilização de diferentes instrumentos de avaliação ou a recolha de informação adicional da pessoa significativa. O acesso à presença destas variáveis será efectuado com recurso à grelha de recolha de informação dos registos de enfermagem, tendo por base o quadro de operacionalização das variáveis (anexo II).

No que se refere ao tempo de permanência na urgência, à excepção do sector “observação de adultos”, onde os doentes permanecem habitualmente, mais de 12h, todos os outros sectores, salvo situações excepcionais, são de atendimento urgente, sendo o período de permanência, por norma, inferior a 12h.

Este dado importa, no sentido em que o doente pode permanecer na urgência, desde uma hora (tempo estimado para a realização de terapêutica analgésica e reavaliação da resposta à terapêutica), até um período de tempo que ultrapasse um turno de 6 horas.

Na segunda fase do trabalho, considerando o método de abordagem utilizado, não serão equacionadas variáveis, mas dimensões de interesse para o estudo e que servem os seus propósitos. A este respeito a literatura diz-nos que em

pesquisa qualitativa, os investigadores não conceptualizam os estudos como tendo variáveis dependentes ou independentes, e raramente manipulam qualquer aspecto do estudo (Polit, Becck e Hungler, 2004), no sentido em que o objectivo se centra na interpretação da realidade na perspectiva dos participantes (Turato, 2005). Embora reproduzindo o significado e a interpretação que as pessoas efectuem dos fenómenos, os métodos qualitativos não se excluem da exigência de rigor científico, no que concerne à fidelidade e validade dos resultados (Polit, Becck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Uma vez que esta etapa toma como objectivos a compreensão na perspectiva dos enfermeiros, do processo de tomada de decisão sobre o diagnóstico e intervenção de enfermagem, e a identificação de barreiras a este processo, é possível equacionar alguns domínios que a literatura na temática argumenta como importantes na abordagem da dor (McCaffery e Beebe, 1992; JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2001). São de considerar, o nível de conhecimentos sobre a temática, nomeadamente, a concepção de dor, as normas de boa prática recomendadas e as barreiras na sua abordagem (JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008). Estes conteúdos constituirão a linha orientadora da elaboração de questões, numa primeira parte da entrevista, para dar lugar a questões mais centradas nos resultados reproduzidos a partir da análise da documentação de enfermagem, e que pretendem servir de interpretação à prática clínica encontrada e identificar barreiras e estratégias de melhoria.

Objectivando, equacionamos como variáveis do estudo e dimensões em análise, para a primeira e segunda etapa, respectivamente:

- Primeira etapa: capacidade de expressão, tipo de dor, prioridade clínica, intensidade da dor, área de atendimento e turno.
- Segunda etapa: concepções de dor, nível de conhecimentos na temática (diagnóstico e normas de boa prática de abordagem da dor), processo de tomada de decisão (elementos que concorrem para o diagnóstico, utilização de instrumentos de avaliação), barreiras na abordagem da dor e estratégias de melhoria da prática clínica.

1.4 – Instrumentos de Avaliação

A recolha de dados constitui a selecção da informação precisa e sistemática, importante para os propósitos, objectivos do estudo e questões de investigação (Burns e Grove, 2004). A escolha do método, está inteiramente relacionada com o

desenho do estudo, questões de investigação, as variáveis em estudo e sua operacionalização, bem como o conhecimento disponível sobre o tema (Fortin, 2009). Neste alinhamento, a literatura argumenta que “ (...) *a tarefa de seleccionar ou desenvolver métodos para reunir dados está entre as mais desafiadoras. Sem os métodos apropriados de colheita de dados, a validade das conclusões da pesquisa é facilmente posta à prova*” (Polit, Becck e Hungler, 2004, p. 248).

Dos instrumentos de avaliação mais frequentemente utilizados, destacam-se a observação, a entrevista, o questionário e a escala de medida (Fortin, 2009).

Como forma de garantir a recolha de informação pertinente para o estudo, foi, ao nível da primeira etapa, utilizada uma grelha de observação dos registos de enfermagem, previamente elaborada a partir das particularidades do contexto, as variáveis definidas e referenciais teóricos na área da dor. Destes referenciais, contamos com a norma de boa prática de avaliação da dor emitida pela Direcção Geral de Saúde (2003), o guia orientador de boa prática da Ordem dos Enfermeiros (2008) e estudos centrados na análise da informação de registos documentais de enfermagem (Silva e Pimenta, 2003), particularmente a tese de doutoramento de Paiva (2006).

Tomando por base o modelo desenvolvido por Paiva (2006), para análise do conteúdo dos registos de enfermagem, a informação a recolher dos registos de enfermagem, e prevista na grelha de colheita de dados, incide fundamentalmente sobre três aspectos: dados de apreciação inicial, dados do diagnóstico e dados da intervenção de enfermagem. A estes elementos, a grelha adiciona aspectos que compreendem as variáveis definidas para o estudo.

Em linhas gerais, o instrumento é composto, na sua parte inicial, por dados de caracterização da amostra, nomeadamente no que se reporta à idade do cliente, motivo de urgência, tipo de dor, antecedentes de saúde e capacidade da expressão. Seguem-se dados da especificidade de alocação da pessoa na estrutura interna da urgência, nomeadamente a área onde recebe cuidados e respectivo turno, prioridade clínica atribuída na triagem de Manchester, tempo de permanência na urgência e primeiro valor de intensidade da dor no processo de triagem de Manchester. Seguem-se os dados relativos ao diagnóstico de enfermagem, terapêutica implementada e intervenções de enfermagem.

Quanto ao rigor de construção do instrumento de avaliação e sua utilidade face aos objectivos, este foi previamente analisado pelas orientadoras do trabalho de investigação.

Adicionalmente, foram também desenvolvidas actividades de treino na análise de registos documentais, efectuadas pela análise antecipada de alguns registos de enfermagem.

Na segunda etapa do estudo, o método de colheita de dados escolhido foi a entrevista, parecendo ser o método mais apropriado face aos objectivos previstos. Este constitui o método mais utilizado em abordagens de natureza qualitativa (King e Horrocks, 2010), obedecendo geralmente a três funções principais: examinar conceitos e compreender o significado de um fenómeno na perspectiva do participante, servir de instrumento de medida, e por último, como complemento de outros métodos de colheita de dados (Fortin, 2009).

Quanto à estrutura, a entrevista é uma entrevista semi-estruturada, no sentido em que agrega questões dirigidas, com outras mais abertas (King e Horrocks, 2010). Segundo Fortin (2009) e Gray (2009), este tipo de entrevista é fundamentalmente utilizada em abordagens qualitativas quando se pretende compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno, na perspectiva dos participantes. A sua estrutura está orientada por um conjunto de temas que determinam a formulação de questões, sendo estas colocadas ao entrevistado na ordem que o investigador entender mais apropriada.

Quanto à organização, a entrevista comporta quatro blocos de questões. O primeiro e segundo blocos versam os aspectos de caracterização da amostra, nível de formação e conhecimentos sobre a temática em análise. São também aqui abordadas questões de ordem prática, no âmbito do processo diagnóstico, com enfoque nas características definidoras e elementos da tomada de decisão. O terceiro bloco de questões versa a interpretação efectuada pelos enfermeiros acerca da prática clínica reproduzida a partir dos registos de enfermagem, sendo no último, exploradas as estratégias enunciadas pelos enfermeiros para a melhoria da prática clínica.

De referir que a estrutura inicial deste instrumento, no que concerne ao primeiro e segundo blocos de questões, se assemelha mais a uma entrevista estruturada, no sentido em que a literatura no âmbito da concepção da dor, regulamentação da prática clínica e processo diagnóstico, nos fornece directrizes válidas e portanto de considerar na elaboração de questões. O terceiro bloco da entrevista, com questões dirigidas à prática clínica emergente dos registos de enfermagem, figura na primeira versão da entrevista, ainda com uma estrutura muito rígida, também esta alicerçada numa base bastante sólida e segura do que são as barreiras à prática clínica nos domínios em estudo. Contudo, pensamos que havendo este conhecimento *à priori*, sob o ponto de vista da fidelidade dos dados, a sua utilidade seria de considerar, mais na orientação ou reformulação de questões aquando da realização da entrevista, do que no fornecimento prévio de opções de resposta, que poderiam não traduzir a espontaneidade e veracidade das respostas. Neste sentido, após o pré-teste, realizado a três enfermeiros, foi reformulada a sua

estrutura, tendo sido suprimidas algumas questões, agregadas e acrescentadas outras, e alterada a tipologia das questões do terceiro e quarto blocos, para questões abertas. A estrutura definitiva deste instrumento encontra-se disponível no anexo III.

Importa daqui salientar que, do ponto de vista da sua execução, a entrevista não foi realizada de uma forma rígida, tendo sido dada primariamente liberdade à pessoa de reportar a sua opinião, sendo por vezes necessário redireccionar e reformular questões, no sentido de conseguir um maior nível de profundidade. De reportar, que existe na maioria das respostas a opção “outros” e o pedido de justificação da resposta, no sentido de clarificar dados e obter uma fonte de dados mais próxima da opinião do próprio entrevistado.

A estrutura organizacional deste instrumento, constituiu mais uma estratégia de acesso aos dados e de linha orientadora da própria entrevistadora, do que a sua realização num formato pouco flexível.

1.5 - Procedimentos Para Recolha de Dados

Os investigadores, no âmbito do planeamento da investigação tomam decisões importantes, consistindo uma das principais, a forma como os dados serão recolhidos (Polit, Beccck e Hungler, 2004). Faremos neste sentido, uma breve descrição do percurso efectuado para otimizar este processo.

Previamente à fase empírica, entendida como a investigação no terreno, e que engloba a colheita de dados e sua análise (Fortin, 2009), foram tomadas as diligências necessários, no garante das questões éticas. Neste sentido, segundo Fortin (2009, p. 180) *“Quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa”*.

Em investigação, as questões éticas assumem com frequência, uma consideração crítica. O compromisso do investigador para com determinado estudo de investigação remete à responsabilidade pessoal e profissional, no sentido do seu desenvolvimento no cumprimento de princípios éticos e morais (Streubert e Carpenter, 2002; Pozgar, 2010; Fortin, 2009).

Desta forma, previamente, e um princípio básico de procedimento ético, o estudo foi submetido a um pedido de autorização formal, dirigido ao Presidente Conselho de Administração da instituição de saúde envolvida, onde se explanaram os propósitos do estudo, procedimentos necessários, participantes envolvidos e os interesses do estudo para a prática profissional e para a instituição (anexo IV). Este

pedido formal, foi antecedido de um contacto informal prévio com o Presidente da Comissão de Ética, onde, para além dos conteúdos expressos no documento, foram salientados os aspectos temporais da realização do trabalho de investigação.

O pedido formal foi acompanhado do respectivo projecto de investigação, instrumentos de colheita de dados a utilizar, bem como os consentimentos informados dirigidos aos participantes. O consentimento informado elaborado no âmbito deste pedido (anexo V), foi inicialmente previsto para a aplicação de questionários, contudo a sua aplicação foi efectuada no âmbito de entrevistas, sem no entanto haver prejuízo do seu conteúdo e cumprimento dos pressupostos éticos.

Adicionalmente, foi clarificada a intenção de facultar todos os dados à instituição envolvida, a confidencialidade dos mesmos para além da defesa pública do trabalho, e a vontade de integrar um projecto que possa vir a ser acolhido pela instituição, no interesse da melhoria da prática profissional no âmbito da dor.

Sucederam-se os contactos com os técnicos de informática, no sentido da clarificação de algumas dúvidas relativas ao acesso à informação e na reunião de meios técnicos e condições apropriadas à colheita de dados. Referimo-nos concretamente à disponibilização de um computador e um local onde facilmente pudesse aceder à informação. Foram acordados, a disponibilidade de horário e facultado um computador no gabinete de informática deste hospital.

O estudo foi iniciado após a concepção formal para a sua realização (anexo VI). Neste estadio, o instrumento de colheita de dados já se encontrava num formato definitivo, e a base de dados em *SPSS* construída, tendo sido então, efectuado o seu pré-teste em alguns registos e introduzidas pequenas alterações.

Para a selecção dos casos, contamos com a ajuda do técnico responsável do departamento de informática. Foram neste sentido, filtrados todos os episódios de urgência com queixa de dor (textualmente escrita no campo destinado a este fim no processo de triagem de Manchester) e clientes com idade superior a 18 anos.

No que concerne à segunda etapa, posteriormente à elaboração do respectivo guião das entrevistas, foram formalmente elaborados os consentimentos informados, para a sua realização. O consentimento foi obtido de forma verbal, onde foram clarificados os propósitos e finalidade do estudo, garantida a liberdade da sua interrupção, se essa fosse a vontade do participante, bem como a confidencialidade dos dados.

Os aspectos éticos implícitos à realização da entrevista remetem o investigador a uma atitude de imparcialidade, ausência de julgamento, atitude de clareza e transparência, e o favorecimento de uma atitude de empatia e respeito incondicional. Segundo King e Horrocks (2010) e Fortin (2009), devem também ser

reunidas condições de garante do conforto e privacidade de ambos os intervenientes.

Por conseguinte, a realização das entrevistas foi efectuada no cumprimento da privacidade da pessoa, havendo por norma um agendamento prévio desse momento. Em alguns casos, oportunamente durante o turno foi agendado um momento da conveniência e disponibilidade de ambos os participantes, no sentido de otimizar tempos, quer para o entrevistado, quer para o investigador. A entrevista decorreu em presença física, com descrição textual do conteúdo para o papel, seguida da sua transcrição para um ficheiro em formato *Word*, a partir do qual se processou toda a análise de conteúdo.

A entrevista pode ser relatada por escrito ou socorrer-se de gravação. Contudo, na entrevista transcrita para o papel, o investigador deverá identificar as ideias principais e formulá-las de forma concisa, não devendo o registo constituir um meio de distração do participante (Fortin, 2009; King e Horrocks, 2010). Também no que versa este aspecto, foi devidamente informado e pedido consentimento para a transcrição do conteúdo da informação na forma escrita. Os dados foram posteriormente submetidos a análise de conteúdo.

No âmbito da clareza, rigor e utilidade dos instrumentos de colheita de dados, face aos objectivos, a literatura argumenta que os instrumentos “ (...) *esboçados são, em geral revisados criticamente pelos colegas ou colaboradores, e então pré-testados em uma amostra pequena de respondentes. O pré-teste é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas*” (Polit, Becck e Hungler, 2004, p. 254). No cumprimento do supra-enunciado, o instrumento foi analisado pelas orientadoras do presente trabalho de investigação, previamente à sua aplicação. Acresceu a este procedimento, a realização do pré-teste em três enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço de urgência.

Como estratégia de desenvolvimento e aprimoramento de competências de realização da entrevista, contaram as leituras neste âmbito e a reflexão individual no final de cada entrevista, no sentido de identificar fragilidades, inseguranças e equacionar estratégias para as ultrapassar.

Neste âmbito, a literatura salienta que, “ (...) *à medida que os investigadores executam as entrevistas ou observações, mantêm e revêem constantemente os registos, para descobrir perguntas adicionais que precisam fazer, ou para apresentar descrições dos seus achados*” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 32).

1.6 - Contexto e Amostra

Na sua globalidade uma população representa “ (...) *um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados (...)*” (Polit, Becck e Hungler, 2004, p. 221). A população estudada designa a população alvo do estudo, definida como “ (...) *um grupo de pessoas ou elementos com características semelhantes, (...) que satisfazem os critérios de inclusão definidos à priori e que permitem fazer generalizações*” (Fortin, 2009, p. 311).

Assim, no presente estudo, a população alvo é constituída por todos os doentes com dor que recorrem ao serviço de urgência do hospital envolvido. Como raramente é possível estudar a população alvo na totalidade, estuda-se habitualmente a população que está acessível ao investigador. Esta é definida, como a porção da população à qual é possível aceder (Polit, Becck e Hungler, 2004, p. 221), devendo quanto possível, ser representativa da população (Fortin, 2009). Neste sentido, a população acessível engloba todos os episódios de urgência, que apresentaram como queixa principal, a “dor”, ocorridos no mês de Janeiro de 2011, e que perfizeram no total, 1328 episódios de urgência.

A partir da população acessível são delimitados critérios que constituirão a base para a definição da amostra. A amostra constitui a porção da população sobre a qual se faz o estudo, devendo ser representativa, ou seja, que determinadas características da população estejam presentes no conjunto da amostra (Fortin, 2009). Neste sentido, a amostra foi determinada em função dos seguintes critérios de inclusão: doentes adultos (idade superior a 18 anos), de ambos os sexos, que apresentaram como queixa principal na triagem de Manchester, dor de qualquer etiologia, textualmente descrita, e que foram alvo de cuidados médicos e de enfermagem em qualquer área de atendimento de adultos (atendimento geral, área de cirurgia, área de ortopedia, área de medicina interna e observação de adultos). A população inscrita no cumprimento destes critérios constituiu a base para a determinação da amostra.

Atendendo a que o número de episódios de urgência diários por dor, se situa aproximadamente nos 96 episódios, o que perfaz um total de 2880 episódios/mês, não seria, pelas contingências temporais impostas para a realização do estudo e de capacidade humana, possível analisar todos os episódios de urgência inscritos no referido horizonte temporal. Optou-se neste sentido, pela definição de uma amostra probabilística estratificada, correspondente a 35% dos episódios de urgência,

inscritos nos estratos definidos. A este respeito, Hill e Hill (2002), dizem-nos que a utilização de métodos de amostragem probabilísticos é preferível quando o investigador pretende extrapolar com confiança os resultados da amostra para o universo da população. O método de amostragem estratificada torna-se particularmente útil quando o universo é grande e o investigador pretende obter uma amostra representativa, segundo variáveis pré-definidas.

Os estratos definidos para a elaboração do plano de amostragem e definição da amostra foram os seguintes: sexo, idade, turno da manhã, tarde e noite e área de atendimento, no valor percentual do atendimento em cada uma das áreas nos respectivos turnos. O turno da manhã representa o período compreendido entre as 8 h e as 14:00 h, o turno da tarde das 14:00 h às 20:00 h e o turno da noite das 20:00h às 8:00h. A inclusão destes elementos na amostra prevê neste sentido a representatividade em termos percentuais que cada uma das variáveis apresenta relativamente ao número total da população. O processo de cálculo da amostra encontra-se operacionalizado numa sequência de tabelas explicativas do processo, em anexo neste documento (anexo VII). O valor estimado da amostra foi de 332 registos.

Dos 1328 episódios de urgência, com queixa de dor, textualmente descrita na triagem de Manchester, todos foram abertos para explorar o cumprimento dos critérios de inclusão. Esta análise culminou numa amostra de 340 episódios de urgência.

Ficaram excluídos da amostra, os casos em que a pessoa teve alta directamente do consultório médico, sem qualquer observação ou intervenção de enfermagem (traumatismo ocular simples, feridas traumáticas ligeiras, amigdalite, otite, por exemplo), que não obtêm por norma intervenção de enfermagem durante a sua permanência no serviço de urgência. Estes casos são constituído por, doentes de trauma ligeiro (que por norma formalizam as queixas para despiste de alguma complicação e efectuem apenas meios complementares de diagnóstico) e doentes que tiveram alta clínica directamente do consultório médico para o exterior (com receituário para o domicílio e vigilância de sintomatologia de complicação, por exemplo). Foram também eliminadas, as situações referentes a doentes transferidos por falta da especialidade necessária, situações em que a intervenção de enfermagem foi apenas de colaboração em procedimentos de sutura, por exemplo, e episódios com registo de “não responde à chamada”. Foram excluídos os registos da investigadora, que exerce a sua actividade no serviço onde decorreu o estudo, pela possibilidade de poderem enviesar os resultados.

A decisão da introdução de critérios de inclusão e exclusão foi uma condição necessária, atendendo às limitações temporais impostas para a realização do estudo, bem como os seus objectivos.

De clarificar que na recolha de dados, os registos referem-se a um turno, incidindo a observação sempre no primeiro turno de estadia na urgência. Na sua maioria, cada observação representa um caso, no sentido em que os doentes não permanecem em média mais que um turno na urgência (seis horas) para obterem resposta ao tratamento da dor. Relativamente aos doentes do sector de observação de adultos, os quais permanecem no serviço de urgência, por norma mais de 12 h, foram seleccionados para análise, os registos correspondentes ao primeiro turno de estadia neste sector.

Relativamente à segunda etapa do trabalho, a amostra sobre a qual incidiu a colheita de dados, foi uma amostra não probabilística, de conveniência e por quotas, já que pretendia incluir enfermeiros de todas as categorias profissionais. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), uma amostra de conveniência caracteriza-se pela utilização dos elementos ou pessoas que mais convenientemente se encontram disponíveis para participar no estudo. Contrariamente à amostragem probabilística, este tipo de amostragem não dá igual oportunidade de todos os elementos da população participarem no estudo, apresentando nesse sentido fragilidades do ponto de vista da sua validade, no que concerne à generalização dos resultados (Fortin, 2009).

Neste âmbito, Polit e Beck (2008, p. 389) dizem-nos que *“(...) os méritos de um estudo são tão importantes quanto as suas limitações na conclusão sobre o valor dos seus resultados”*.

Contudo, uma forma relativamente fácil de fortalecer a representatividade de uma amostra não probabilística, é a definição de uma amostra por quotas, em que o investigador identifica um estrato da população e discrimina o número (quota) de elementos desse estrato, necessários na amostra (Fortin, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004). Neste sentido, para a definição da amostra foi elaborado um plano de amostragem por quotas, tendo em conta a idade e tempo de exercício profissional, na percentagem de 50% da amostra.

O número total de enfermeiros entrevistados foi de 19, abrangendo todas as categorias profissionais e faixas etárias. Para o cálculo da amostra de enfermeiros, foram eliminados, a enfermeira chefe, duas enfermeiras que apenas prestam cuidados em pediatria, os enfermeiros que não faziam parte da equipa de enfermagem à data da colheita de dados (incluindo nestes as enfermeiras em licença de maternidade que não desempenharam funções no mês sobre o qual

incidiu a colheita de dados e os enfermeiros admitidos após a realização da colheita de dados) e a investigadora.

1.6.1 - Caracterização da Amostra dos Registos de Enfermagem

Seguem-se os dados de caracterização da amostra dos registos de enfermagem. Os primeiros dados remetem para as variáveis demográficas, como sexo, idade, factores relacionados ao episódio de urgência e capacidade de expressão. Posteriormente são apresentados os dados relativos à caracterização da amostra atendendo à área de atendimento e prioridade clínica.

. Idade

Quadro Nº 1- Idade dos clientes com dor ($N = 340$)

Idade	
Média	51,61
Mediana	51,00
Moda	44
Desvio Padrão	18,55
Variância	344,24
Amplitude	74
Mínimo	18
Máximo	92

Na amostra em estudo a idade média dos participantes foi de 51,61 anos ($DP = 18,55$), sendo o valor da mediana de 51 anos e a moda de 44 anos. As idades variaram entre 18 e os 92 anos ($A = 74$ anos). O resultado do cálculo do coeficiente de assimetria situa-se no intervalo $[-1,96$ a $+ 1,96]$, pelo que estamos perante uma distribuição simétrica.

. Sexo dos clientes

Na amostra em estudo, o sexo feminino foi o mais representativo com 51,5% ($n = 175$) dos participantes.

. Antecedentes de Saúde

Quadro Nº 2 - Antecedentes de saúde relacionados com o episódio de urgência

Antecedentes	FA	FR (%)
Trauma	25	7,4
Dor crónica	12	3,5
Doença oncológica	11	3,2
Doença ósteo-articular	8	2,4
Patologia cardíaca	7	2,1
Patologia gástrica	4	1,2
Patologia pulmonar	4	1,2
Cirurgia prévia	4	1,2
Outra	133	39,1
Sem antecedentes	132	38,8
Total	340	100

Da leitura do quadro Nº 2, verificamos que as situações de trauma são as mais comuns (7,4%), seguidas da dor crónica (3,5%), doença oncológica (3,2%), doença ósteo-articular (2,4%) e outras causas (39,1%). A designação, «outra» refere-se a situações específicas, como por exemplo, cefaleia decorrente de HTA, epigastralgia secundária a erros alimentares, cervicalgia de esforço, que se situam essencialmente em situações agudas não traumáticas, e que, por serem em elevado número, não foi possível descrevê-las na sua totalidade.

. Capacidade de expressão dos clientes

Quando nos situamos na capacidade de expressão para reportar os dados relativos à dor, verificamos que, na sua maioria os clientes que recorrem ao serviço de urgência, conseguem descrevê-los (95,6%), ou seja, o acesso ao diagnóstico é efectuado com base no auto-relato/descrição da própria pessoa. Apenas em 3,5% dos casos a pessoa não apresentava capacidade para expressar os dados relativos à dor

. Área de atendimento

Quadro Nº 3: Episódios de urgência por área de atendimento

Área de atendimento	FA	FR (%)
Atendimento Geral	239	70,3
Cirurgia	51	15,0
Medicina	31	9,1
Obs. adultos	11	3,2
Ortopedia	8	2,4
Total	340	100,0

Os dados expresso no quadro Nº 3, permitem-nos dizer que, na sua maioria, os clientes que recorreram ao serviço de urgência, foram atendidos na área de atendimento geral, com 70,3% dos casos. Seguem-se, por ordem de representatividade, as áreas de especialidade de cirúrgica e medicina, com respectivamente 15% e 9,1% dos casos, e por último, a área de observação de adultos e ortopedia com 3,2% e 2,4% dos casos respectivamente.

1.6.2 – Caracterização da Amostra de Enfermeiros

Os dados apresentados ao nível das tabelas e conteúdos que se seguem, caracterizam a amostra de enfermeiros quanto às variáveis demográficas, seguidas das inscritas no domínio profissional.

. Sexo

Na amostra em estudo o sexo feminino foi o mais prevalente, com 77,8% dos casos ($\underline{n} = 14$), sendo o sexo masculino representado por 22,2% dos casos ($\underline{n} = 4$).

. Idade

Quadro Nº 4: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto à Idade

Idade	População	Amostra N=18	
		FA	FR (%)
Até 25 anos	2	1	5,5
>25 e 30≤	8	4	22,2
>30 e ≤35	8	4	22,2
>35 e ≤40	8	4	22,2
>40 e ≤45	6	3	16,6
>45	2	2	11,1
Total	34	18	100

As idades dos enfermeiros variam entre os 23 anos e os 50 anos. Na amostra o maior número de enfermeiros situa-se, quanto à sua idade, entre os 25 e os 40 anos, no valor percentual de 22,2%. Seguem-se os enfermeiros com idades compreendidas entre os 40 e 45 anos com 16,6% dos casos, seguidos dos enfermeiros com idade superior a 45 anos no valor percentual de 11,1% e por último, os enfermeiros com idade inferior ou igual a 25 anos com 5,5% dos casos.

. Tempo de exercício profissional

Quadro Nº 5: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto ao tempo de exercício profissional (N=34)

Tempo de exercício profissional	População	Amostra <u>n</u> =18	
		FA	FR (%)
0-3	2	1	5,5
>3 e 6≤	4	2	11,1
>6 e ≤9	9	5	27,7
>9 e ≤12	3	2	11,1
>12 e ≤15	2	1	5,5
>15 e ≤18	8	4	22,2
>18	6	3	16,6
Total	34	18	100

Quanto ao tempo de exercício profissional, podemos verificar que na amostra, a maioria dos enfermeiros representa a classe dos 6 aos 9 anos, com 27,7 % dos

participantes. A classe que compreende os 15 e os 18 anos foi a segunda mais representativa, com 22,2 % dos enfermeiros.

. Grau académico e formação na área da dor

Quadro Nº 6: Caracterização da amostra dos enfermeiros quanto ao grau académico e formação na área da dor (*N*=18)

Variável	Valor da variável	FA	FR (%)
Habilitações académicas	Licenciatura em enfermagem	18	100
Habilitações profissionais	Curso de Especialização em enfermagem	2	11,1
	Curso de mestrado	1	5,5
Formação na área da dor	Não específica	16	88,9
	Específica	2	11,1

No total de enfermeiros entrevistados, quanto ao grau académico, podemos verificar que todos possuem a licenciatura em enfermagem. Quanto às habilitações profissionais, 2 enfermeiros (11,1%) possuem o curso de Especialização em enfermagem, e 1 (5,5%) tem formação ao nível de mestrado. No âmbito da formação no domínio da dor, prevalece a não específica (88,9%), apresentando 2 enfermeiros formação específica (11,1%). Como formação não específica, foi considerada a formação em serviço e congressos, e como formação específica, a decorrente de cursos profissionais na temática.

1.7- Estratégias Para Análise dos Dados

Neste capítulo serão clarificados os procedimentos e decisões tomadas no âmbito do tratamento e análise dos dados.

No que reporta à análise dos dados, a literatura diz-nos que os dados obtidos num estudo, não respondem por si próprios às questões de investigação. A sua análise deve ser efectuada sistematicamente no sentido de serem percepcionados, antecipadamente padrões e tendências, e desta forma direccionar a pesquisa se necessário (Polit, Becck e Hungler, 2004).

Serão neste capítulo clarificadas as estratégias desenvolvidas no sentido de otimizar a concretização de cada uma das etapas do estudo.

Na primeira etapa, utiliza-se fundamentalmente a análise descritiva, definida como o “ (...) processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados

brutos com a ajuda de testes estatísticos. Esta visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação” (Fortin, 2009, p. 410). O objectivo fundamental consiste em tornar mais fácil a compreensão dos resultados da investigação (Burns e Grove, 2004).

Na primeira etapa, efectuamos apenas a descrição dos dados estatísticos, sem qualquer interpretação, pelo risco de incorrermos numa análise precipitada e pouco consistente. A interpretação destes dados tem lugar no âmbito da terceira etapa, a triangulação dos dados, procurando maior sustentabilidade e rigor na sua leitura.

Ao nível dos dados de caracterização das amostras, utiliza-se essencialmente a distribuição de frequências, entendida como a disposição em quadros, dos valores numéricos e número de vezes que cada valor aparece nos dados (Polit, Becek e Hungler, 2004), e por medidas de tendência central, designadas por “ (...) *procedimentos estatísticos que descrevem a modalidade ou o valor mais frequente numa dada série, cuja característica é situar-se ao centro de uma distribuição*” (Fortin, 2009, p. 419).

Dentro do tipo de análise descritiva, utiliza-se também a estatística descritiva de associação, proposta para estudar a relação entre variáveis (Fortin, 2009).

Relativamente aos testes estatísticos a utilizar, a literatura sugere-nos que a determinação do teste estatístico guarda relação com a função que a variável assume na investigação, podendo consistir em descrever (estudo descritivo), estabelecer relações de associação (estudo correlacional) ou verificar relações causais (Fortin, 2009).

A utilização dos testes estatísticos, regra geral, serve três propósitos: estudar diferenças entre grupos face a uma ou mais variáveis; estudar a relação entre duas ou mais variáveis e, por último, estudar vários aspectos dentro de uma mesma variável (Macnee e MaCabe, 2008). O presente trabalho subscreve, do ponto de vista dos propósitos enunciados, o primeiro e segundo.

O tratamento estatístico, designado como a análise dos dados numéricos com recurso a técnicas ou testes estatísticos (Fortin, 2009; Macnee e MaCabe, 2008), para efeitos do presente trabalho, utiliza estatística não paramétrica, por não se encontrarem assegurados os pressupostos para a sua utilização. Não está reunido o pressuposto da normalidade segundo o teste de *Kolmogorov-Smimov e Shapiro-Wilk* para a idade e para a intensidade da dor ($p < 0,05$).

Recorreu-se particularmente ao teste *Qui-quadrado* (χ^2), considerado para o estudo da relação entre variáveis com nível de mensuração nominal (Macnee e MaCabe, 2008). Tendo por base os pressupostos para a aplicação deste teste, este não foi calculado nas variáveis com valores esperados por célula < 1 .

Ao nível da correlação entre as variáveis, utilizamos o coeficiente de correlação de *Spearman* (r_s).

Para a análise dos dados, o investigador deve decidir o nível de significância a partir do qual os resultados poderão ser considerados estatisticamente significativos (Fortin, 2009). Os dois níveis de significação mais amplamente utilizados (p), são 0,05 ou 0,01 (Macnee e MaCabe, 2008; Polit, Beck e Hungler, 2004). O nível de significância utilizado neste trabalho é de $p < 0,05$.

Quanto ao coeficiente de correlação, este pode variar em -1 e +1, sendo tanto mais forte a relação entre as variáveis, quanto mais o valor se aproximar de $\pm 1,00$ (Fortin, 2009; Macnee e MaCabe, 2008). Assim uma correlação pode assumir os seguintes significados: positiva perfeita (+1); positiva muito forte (+0,95); positiva forte (+0,60); positiva moderada (+0,50); positiva fraca (+0,20); positiva muito fraca (+0,10) e sem correlação, se o valor é igual a 0. Quando os resultados assumem valores negativos o valor da correlação pode ler-se da seguinte forma: negativa perfeita (-1); negativa muito forte (-0,95); negativa forte (-0,60); negativa moderada (-0,50); negativa fraca (-0,20) e negativa muito fraca (+0,10).

No que reporta ao tratamento estatístico dos dados, foi utilizado para primeira etapa, o programa informático *SPSS*. Neste aplicativo foi construída uma matriz de “recepção” e análise dos dados, estando o seu processo de construção descrito no capítulo relativo aos instrumentos de avaliação. Como estratégia para o manuseio do aplicativo, contaram a formação teórica obtida no âmbito do programa curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, leituras relativas à utilização do aplicativo (Pereira, 2008), e investimentos posteriores de treino e exploração do programa a título experimental.

Quanto à apresentação dos dados estatísticos, optou-se por dispô-los no formato fornecido pelo próprio aplicativo, ou seja em quadros, sendo posteriormente melhorados para uma versão de mais agradável leitura. No que versa a sequência da informação, primeiro são dispostos os quadros identificados por um título, seguidos da sua leitura, textualmente descrita. Depois de fornecidos os dados em “bruto”, para a sua descrição, foram de grande importância, as leituras prévias e todo o investimento teórico efectuado ao longo do desenvolvimento do trabalho. No que caracteriza este aspecto, a literatura sugere-nos que, uma vez apresentados os resultados da investigação, as etapas seguintes apelam à sua interpretação, estabelecendo hiperligações ao quadro teórico ou conceptual de referência e em comunicá-los (Fortin, 2009).

No que concerne à segunda etapa, nomeadamente a análise do conteúdo das entrevistas, o tratamento da informação emergente contou fundamentalmente

com o método de análise de conteúdo segundo Bardin (2009). Segundo a autora, a análise de conteúdo designa:

“(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2009, p. 44).

Na perspectiva da mesma autora, a análise de conteúdo decorre ao longo de três fases, como sejam a pré-análise, a exploração do material e por último, o tratamento de dados, a inferência e a interpretação. Tratar os dados significa codificá-los, operação entendida como a transformação dos dados brutos de um texto de acordo com princípios precisos. Através do recorte, agregação e enumeração, o investigador consegue a representação ou expressão do conteúdo, susceptível de o clarificar das características do texto que podem servir como indicadores.

A categorização constitui outro elemento do processo de análise de conteúdo. Esta designa a classificação dos elementos constituintes de um conjunto, por um processo de diferenciação, sucedido do reagrupamento por proximidade (analogia), face a critérios previamente determinados. As categorias, consistem em rubricas ou classes, que agregam um conjunto de elementos (unidades de registo), sob um título genérico, em função das suas características comuns. O critério de categorização pode ser semântico (categorias temática: por exemplo, todos os temas que significam a ansiedade ficam agrupados na categoria «ansiedade»), sintático (verbos e adjectivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu significado, emparelhamento e sentidos próximos) e por último, expressivo (como sejam, por exemplo categorias que integrem aspectos que designam as perturbações da linguagem no discurso) (Bardin, 2009). O critério de categorização utilizado no presente estudo foi o semântico.

Após a leitura do material conseguido nas entrevistas, foi desenvolvido um quadro de operacionalização de categorias (anexo VIII), em suporte informático num ficheiro em formato *word*, para onde foram “drenados” os indicadores/unidades de registo remetidas às diferentes categorias (anexo IX).

As categorias foram determinadas tendo por base os conceitos e conteúdos em análise, contando para tal, com a literatura de suporte na elaboração do quadro teórico e o conteúdo emergente das entrevistas. A partir da matriz de operacionalização das variáveis, foi efectuada a descrição e interpretação dos dados, com hiperligação ao suporte teórico de referência. A análise de conteúdo decorreu por método de classificação manual.

No sentido de facilitar a leitura dos resultados encontrados, procedeu-se à sua operacionalização em esquemas representativos da informação (anexo X).

A triangulação de dados, figura no âmbito do trabalho, no formato descritivo, onde se efectua o cruzamento da informação proveniente das duas etapas e respectiva análise.

Na última etapa, onde se efectua a análise da prática clínica e se identificam-se as principais linhas orientadoras da intervenção, optou-se por apresentar a informação em figuras representativas, prevendo facilitar a análise das opções consideradas.

PARTE III – RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO

1 – RESULTADOS

A análise dos dados da investigação fornece-nos os resultados do estudo, carecendo estes de avaliação e interpretação (Fortin, 2009).

Faremos neste capítulo a análise dos dados, que ao nível dos dados emergentes da primeira etapa, se situa num registo puramente descritivo para, no âmbito da segunda e terceira etapas, efectuarmos a interpretação e triangulação de dados respectivamente.

1.1 - A dor e a Prática Clínica de Enfermagem na Vertente da Documentação de Enfermagem

Iniciamos neste subcapítulo a descrição dos resultados, pela caracterização da dor quanto à prioridade clínica, progredindo nos resultados relativos ao tipo de dor, duração e intensidade, para emergirmos por último, nos dados relativos ao diagnóstico e intervenção de enfermagem. Apresentamos neste sentido, na sequência de quadros que se seguem, os dados representativos da prática clínica.

. Prioridade clínica

Quadro Nº 7: Prioridade clínica atribuída no processo de triagem de Manchester

Prioridade clínica	FA	FR (%)
Amarelo	216	63,5
Verde	100	29,4
Laranja	24	7,1
Total	340	100,0

No que se refere à prioridade clínica atribuída no processo de triagem de Manchester, podemos constatar a partir do quadro Nº 7, que a maior percentagem

de clientes com dor (63,5%) se situaram na prioridade amarelo, ou seja, urgente. Segue-se a prioridade verde, considerada pouco urgente, numa percentagem de 29,4%. Por último, os clientes com prioridade laranja, no valor percentual de 7,1%.

. Tipo de dor

Quadro Nº 8: Caracterização dos episódios de urgência por tipo de dor

Tipo de dor	FA	FR (%)
Dor abdominal	101	29,7
Dor torácica	61	17,9
Dor lombar	60	17,6
Dor na FID	18	5,3
Dor no MID	12	3,5
Dor na coluna lombar	12	3,5
Dor pré-cordial	12	3,5
Dor na FIE	9	2,6
Cefaleia	7	2,1
Dor cervical	6	1,8
Dor no MSE	8	2,4
Dor no MSD	4	1,2
Dor no MIE	8	2,4
Dor na coluna dorsal	7	2,1
Dor no ombro esquerdo	5	1,5
Dor no ombro direito	2	0,6
Outra	8	2,4
Total	340	100,0

A leitura dos dados do quadro Nº 8 sugere-nos que a maior representatividade dos episódios de urgência se situa na dor abdominal inespecífica (29,7%), seguida da dor torácica (17,9%) e dor lombar (17,6%). Sucede-lhes, a dor na fossa ilíaca direita (FID), com 5,3% dos casos, dor no membro inferior direito (MID) e dor pré-cordial, com igual representatividade (3,5%), seguidas de outras, com valores menos representativos.

. Duração da dor

Na amostra em análise o número de episódios de urgência por dor, quanto à sua duração, deveu-se fundamentalmente a dor aguda (85%; \underline{n} = 289), em detrimento da dor crónica (15%; \underline{n} = 51).

. Intensidade da dor

Quadro Nº 9: Caracterização dos episódios, quanto à intensidade da dor

Intensidade	FA	FR (%)
2	6	1,8
3	104	30,6
4	104	30,6
5	56	16,5
6	53	15,6
7	10	2,9
8	7	2,1
Total	340	100

No âmbito da intensidade da dor, e tomando como referência a escala numérica de avaliação da dor, é possível verificar que a maioria dos episódios de urgência se situam na dor moderada (valor de intensidade de 4 a 6), perfazendo na totalidade o valor percentual de 62,7%. Segue-se a dor em grau reduzido (valor de intensidade 2 e 3), com a percentagem total de 32,4% e, por último, a dor em grau elevado (valor de intensidade 7 e 8), perfazendo na soma da representação dos dois valores de intensidade da dor, o total de 5%.

. Identificação do diagnóstico

Da análise dos dados podemos constatar que, no total de casos observados na amostra, o diagnóstico foi identificado em 20,9% dos casos, sendo de 79,1% os casos em que o diagnóstico não foi identificado.

. Enunciado do diagnóstico “dor”

Quadro Nº 10: Forma de acesso ao enunciado do diagnóstico

Forma de acesso	FA	FR (%)
Enunciado CIPE	63	18,5
Acesso inferencial	8	2,4
Não identificado	269	79,1
Total	340	100,0

Quanto à forma de acesso ao diagnóstico, na sua maioria o enunciado traduz, no que se refere à sua construção, o enunciado segundo a Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE), em 18,5% dos casos.

Em 2, 4% dos casos, o acesso ao diagnóstico foi efectuado de forma inferencial. A designação que figura na tabela, como “não aplicável”, versa os casos em que não foi efectuado o diagnóstico de enfermagem.

. Características definidoras

Quadro Nº 11: Características definidoras presentes no enunciado diagnóstico

(n=71)

Característica definidora/identificação	FA	FR (%)
Localização	71	100
Intensidade	68	95,8
Frequência	25	35,2
Duração	13	18,3
Factores agravamento	3	4,2
Qualidade	2	2,8
Impacto nas AVDs	2	2,8
Factores Associados	1	1,4
Factores de alívio	0	0

Quanto às características definidoras mencionadas no enunciado diagnóstico, podemos verificar que a “localização” foi considerada na totalidade dos casos em que o diagnóstico foi identificado (100%), seguido da característica “intensidade” (95,8 %). Secedem-se por ordem de representatividade, a característica definidora “frequência” (35,2%) e “duração” (18,3%). Com um valor residual, no que se refere

à sua mensuração no enunciado diagnóstico, podemos identificar as características definidoras “factores de agravamento” (4,2%), “qualidade” (2,8%), “impacto nas AVDs” (2,8%) e “factores associados” (1,4%). O dado “factor de alívio”, não foi identificado em nenhum dos casos em que foi efectuado o diagnóstico.

. Intervenção de enfermagem

Quadro Nº 12: Intervenções de enfermagem realizadas ($n=71$)

Intervenção de enfermagem	FA	FR (%)
Monitorizar a dor	66	92,9
Gerir analgésico	8	11,2
Terapêutica não farmacológica	2	2,8

No quadro Nº 12 podemos verificar a prevalência da intervenção “monitorizar a dor” (92,9 %), seguida da intervenção “gerir analgésico” (11,2%) para um valor residual das medidas não farmacológicas, com apenas 2,8% dos casos. Importa referir que a intervenção “gerir analgésico”, apenas é identificada pelo enfermeiro, se na prescrição médica se encontra prescrito em “SOS”, o que é pouco frequente nos sectores de atendimento urgente, uma vez que, por norma a prescrição figura no âmbito da prescrição médica como toma única.

. Identificação do diagnóstico face à prioridade clínica

Quadro Nº 13: Relação identificação do diagnóstico/prioridade clínica

Prioridade	Identificação do diagnóstico					
	Sim		Não		Total	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Amarelo	47	13,8	169	49,7	216	63,5
Laranja	16	4,7	8	2,4	24	7,1
Verde	8	2,4	92	27,1	100	29,4
Total	71	20,9	269	79,1	340	100
Teste estatístico: $\chi^2 (2) = 0,0001$						

Quando comparamos a identificação do diagnóstico, face à prioridade clínica da dor, verificamos pela leitura dos dados do quadro acima, que existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 (2) = 0,0001$). O episódio de urgência classificado como de prioridade “amarelo” (13,8%) foi o mais representativo da identificação do diagnóstico.

. Correlação intensidade da dor/ monitorização da dor

Progredindo no estudo da relação entre as variáveis, e procurando analisar a valorização da dor, alicerçada na relação entre a intensidade da dor e a frequência da sua monitorização, verificamos pelo resultado da correlação de *spearman* ($r_s = 0,35$; $N = 340$; $p < 0,0001$), que existe uma correlação positiva fraca entre as duas variáveis. O resultado sugere que existe uma tendencial monitorização mais regular da dor, à medida que a sua intensidade aumenta.

. Identificação do diagnóstico face à capacidade de expressão

Quadro Nº 14: Relação identificação do diagnóstico /capacidade de expressão

Identificação do diagnóstico	Capacidade expressão					
	Sim		Não		Total	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Sim	64	18,8	7	2,1	71	20,9
Não	263	77,4	6	1,8	269	79,1
Total	327	96,2	13	3,8	340	100
Teste estatístico: $\chi^2 (1) = 0,008$						

Relativamente à identificação do diagnóstico, tendo por base a capacidade da pessoa para expressar os dados, os dados sugerem-nos que existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 (1) = 0,008$), sendo a identificação do diagnóstico mais visível nos clientes que comunicam (18,8%).

. Escala de avaliação utilizada

Quadro Nº 15: Escala de avaliação utilizada face à capacidade de expressão

Capacidade de expressão	Escala utilizada					
	Escala numérica		Outras escalas		Total	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Sim	64	18,8	0	0	327	96,1
Não	0	0	7	2,1	13	3,8
Total	64	18,8	7	2,1	340	100

Quando nos situamos face à utilização das escalas de avaliação, atendendo à capacidade de expressão, verificamos que a escala numérica é utilizada em

doentes que comunicam (18,8%), sendo utilizadas outras escalas de avaliação (2,1%), nos doentes com défices de comunicação.

De clarificar que nos registos informáticos não está claramente identificada a escala utilizada em cada uma das situações. Nos doentes sem défices de comunicação foi inferencialmente assumido a presença do valor numérico, como indicativo da utilização da escala numérica. Nos doentes que não comunicam, foi considerado o uso de outras escalas, sendo este aspecto, objecto de clarificação posterior no âmbito das entrevistas realizadas aos enfermeiros.

. Identificação do diagnóstico face ao tipo de dor

Quadro Nº 16: Identificação do diagnóstico/tipo de dor ($n=71$)

Tipo de dor	Sim	
	FA	FR (%)
Dor abdominal	24	7,1
Dor torácica	15	4,4
Dor pré-cordial	8	2,4
Dor na FID	5	1,5
Dor lombar	4	1,2
Cefaleia	3	0,8
Dor no ombro esquerdo	3	0,8
Dor na FIE	2	0,6
Dor no MID	2	0,6
Dor na coluna dorsal	1	0,3
Dor na coluna lombar	1	0,3
Outra	3	0,8
Total	71	20,9

A leitura dos dados do quadro acima sugere-nos que existem diferenças na identificação do diagnóstico face ao tipo de dor, sendo a maior representatividade atribuída à dor abdominal (7,1%), seguida da dor torácica (4,4%) e dor pré-cordial (2,4%). A dor na fossa ilíaca direita (FID) foi identificada em 1,5% e a dor lombar em 1,2%. Seguem-se outros episódios de dor, com valores pouco significativos na amostra.

. Identificação do diagnóstico face à área de atendimento

Quadro Nº 17: Relação identificação do diagnóstico /área de atendimento (N =340)

Diagnóstico	Área de atendimento									
	Atendim. Geral		Cirurgia		Ortopedia		Medicina		Obs Adultos	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Sim	13	3,8	24	7,1	2	0,6	21	6,1	11	3,2
Não	226	66,5	27	7,9	6	1,7	10	2,9	0	0
Total	239	70,3	51	15	8	2,3	31	9,1	11	3,2
Teste estatístico: $\chi^2 (4) = 0,0001$										

Os dados expressos no quadro acima, sugerem-nos que existem diferenças estatisticamente significativas na identificação do diagnóstico face à área de atendimento ($\chi^2 (4) = 0,0001$). A área de cirurgia obteve a maior representatividade (7,1%), seguida da área de medicina (6,1%), atendimento geral (3,8%), observação de adultos (3,2%) e, por último, a área de ortopedia (0,6%).

. Identificação do diagnóstico “dor” face ao turno de atendimento

Quadro Nº 18: Relação identificação do diagnóstico /turno de atendimento

Turno	Identificação do diagnóstico					
	Sim		Não		Total	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Manha	26	7,6	108	31,7	134	39,4
Tarde	20	5,9	98	28,8	118	34,7
Noite	25	7,3	63	18,5	88	25,8
Total	71	20,9	269	79,1	340	100
Teste estatístico: $\chi^2 (2) = 0,116$						

Quando analisamos a identificação do diagnóstico atendendo ao turno em que a pessoa é atendida, parece-nos não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as duas variáveis ($\chi^2 (2) = 0,116$).

. Comparação dos valores de intensidade da dor na admissão e alta clínica

Quadro Nº 19: Primeiro e último valor de intensidade da dor

Intensidade	Admissão		Alta	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
0	0	0	8	11,3
1	2	2,9	11	15,5
2	6	8,5	28	39,4
3	10	14,1	15	21,1
4	20	28,2	5	7
5	26	36,6	0	0
6	6	8,5	3	4,2
7	1	1,4	1	1,4
Total	71	100	71	100

Quanto ao valor de intensidade da dor, monitorizado pelo enfermeiro na admissão, verificamos que a maior representatividade se encontra situada na dor em grau moderado, com 73,3% (somatório das frequências dos valores de intensidade entre 4 e 6).

No no momento da alta clínica, parece-nos que a maioria dos clientes que obtêm tratamento para a dor no serviço de urgência, têm alta clínica com dor não totalmente controlada. Apresentam contudo, na sua maioria, dor em grau reduzido, com 87,3 % (somatório das frequências dos valores de intensidade compreendidos entre 1 e 3). O total alívio da dor (valor de intensidade da dor =0), foi observado em 11,3 % dos casos.

O estudo da correlação entre as duas variáveis, efectuado através do coeficiente de correlação de *Spearman* ($r_s = 0,39$; $n = 71$; $p = 0,002$), revela-nos a existência de uma correlação positiva fraca entre o primeiro e o último valor de intensidade da dor.

1.2 - A dor e a Prática Clínica de Enfermagem na Perspectiva dos Actores

Tendo sido pretensão situar a descrição dos dados da primeira etapa, num formato puramente descritivo, cabe lugar neste estadio, a introdução de uma componente de análise de cariz mais interpretativo, pretendendo uma preparação antecipatória para a triangulação de dados.

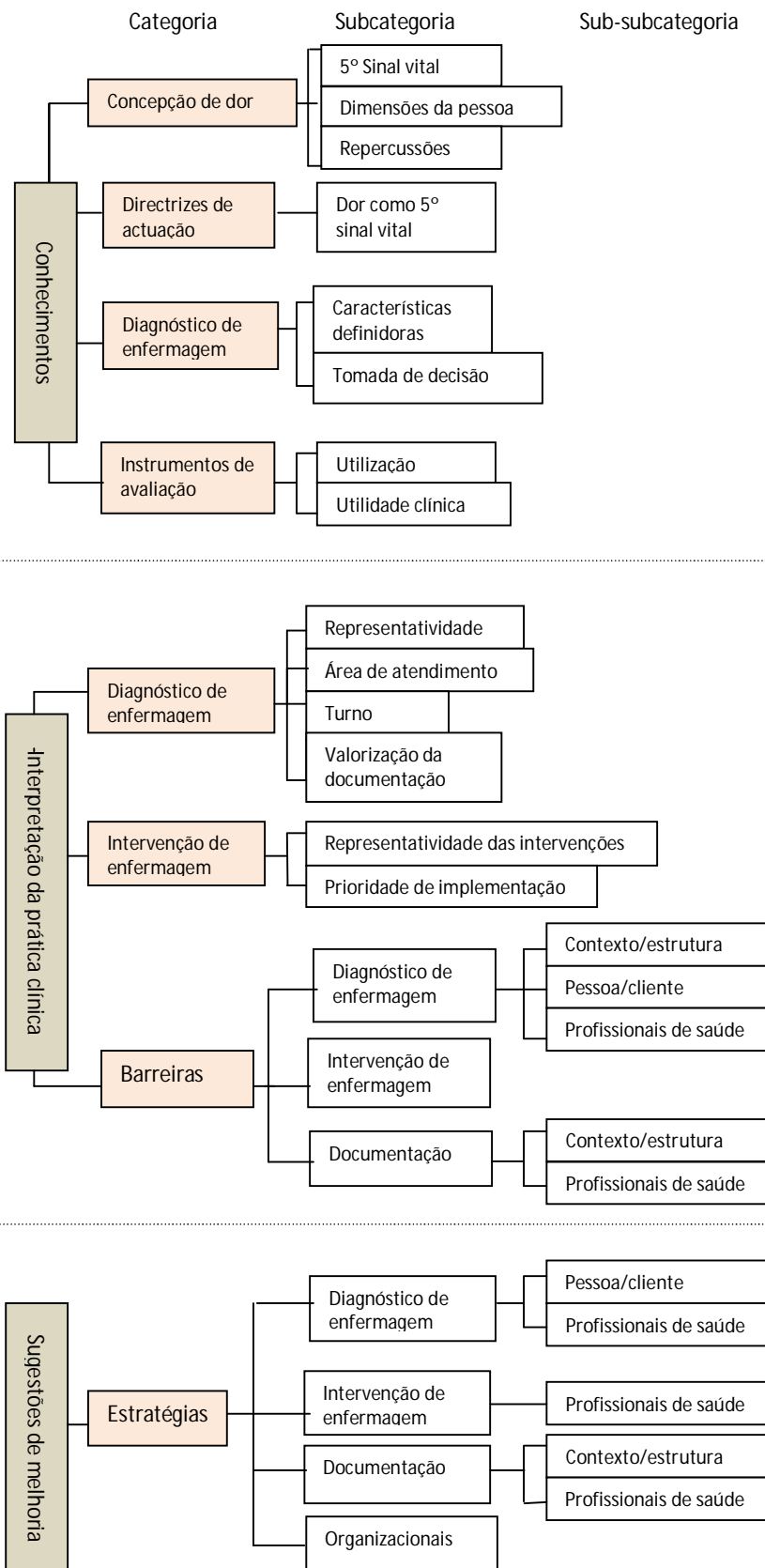
A organização dos dados em investigação qualitativa é entendida, como uma prática reducionista por natureza, uma vez que converte um vasto número de dados em unidades menores e mais convenientes. Porém, ela é construtiva, ao agregar uma série de segmentos num padrão conceptual significativo (Loiselle et al., 2010).

No que se refere à análise de conteúdo das entrevistas, importa clarificar que esta foi efectuada, tomando como referência algumas categorias definidas *à priori*, centradas nos objectivos desta etapa, e categorias emergentes, a partir da informação produzida nas entrevistas. A literatura corrobora da mesma lógica, ao sugerir como primeira e importante etapa da análise dos dados qualitativos, o desenvolvimento de um sistema de classificação, elaborado previamente à colheita de dados, ou, mais comumente utilizado, desenvolvido a partir dos dados emergentes (Polit, Becck e Hungler, 2004).

As categorias definidas *à priori*, encerram dois objectivos fundamentais, um primeiro, no âmbito dos conhecimentos que os enfermeiros possuem sobre a temática e o segundo, na interpretação que estes fazem da prática clínica reproduzida a partir da análise da documentação de enfermagem. Deste modo, ao nível dos conhecimentos, foram enunciadas como categorias, «concepção de dor», «directrizes de actuação», «diagnóstico de enfermagem» e «instrumentos de avaliação». No âmbito da interpretação da prática clínica, e que representa a segunda parte dos dados da entrevista, foram definidas como categorias de análise, «diagnóstico de enfermagem», «intervenção de enfermagem», «barreiras» e «estratégias». As subcategorias emergentes serão identificadas e argumentadas no decorrer do processo de análise de conteúdo.

De forma a melhor situar o leitor face às categorias e conteúdo informacional a estas remetidas, foi elaborado um quadro síntese da informação e resultados, que serve de fio condutor no acompanhamento da descrição que se segue (Anexo IX). Optamos também, no argumento do supra-enunciado, por efectuar um esquema representativo das categorias (figura Nº 1), que toma por objectivo, facilitar a compreensão e acompanhamento do processo de análise de conteúdo.

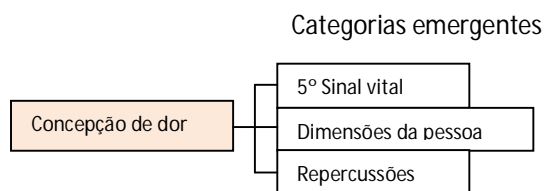
Figura Nº 1: Esquema representativo das categorias de análise de conteúdo



Descrevemos de seguida o processo de análise de conteúdo. Primariamente efectuamos na forma de esquema, uma breve referência à categoria e subcategoria em análise, seguindo-se a respectiva leitura e interpretação.

. Concepção de dor

Na categoria «concepção de dor», emergiram do conteúdo das entrevistas as subcategorias descritas no esquema que se segue.



Na categoria «*concepção de dor*», as questões situadas na representação da dor como 5º sinal vital, referem a componente da periodicidade da sua avaliação e a sua importância relativamente aos restantes sinais vitais.

Neste sentido é consensual a opinião de que, neste ângulo de análise, “(...) *a dor assume a mesma importância que os restantes sinais vitais, passando por isso a ser avaliada com a mesma periodicidade e rigor (...) e reconhecida a necessidade do “(...) seu registo como os restantes sinais vitais(...).”* Contudo um enfermeiro é discordante desta concepção ao referir “ (...) *não reconheço essa importância na dor, porque ao contrário dos restantes sinais vitais, que quando alterados podem induzir compromisso de vida, na dor isto não acontece (...)* ”.

Podemos, a partir da concepção de dor como 5º sinal vital, manifesta pelos enfermeiros, inferir que esta se aproxima do que literatura recomenda neste âmbito, e que a situa também perante a obrigatoriedade da sua avaliação regular e respectivo registo em local apropriado (DGS, 2003, OE, 2008). A segunda opinião traduz uma exemplaridade, e portanto a ser considerada.

Os enfermeiros inquiridos tendem também a situar a sua concepção, ao nível dos resultados do inadequado controlo, ou seja, nas repercussões negativas sobre a condição de saúde. Resulta da sua opinião, que a dor se assume como 5º sinal vital porque “(...) *passa a ser percebida como algo que também pode influenciar o equilíbrio hemodinâmico e portanto, comprometer o estado de saúde da pessoa (...).*” Esta concepção está na origem da definição da subcategoria emergente, que designamos por «repercussões».

Alguns enfermeiros referem outros dados, e situam as suas concepções muito próximas da definição clássica de dor que nos é fornecida por McCaffery e Beebe (1992, p. 8), ao dizerem que “ (...) *a dor é aquilo que a pessoa diz que*

sente, uma vez que é um dado muitas vezes não visível (...)", mencionando aspectos que transcendem os dados objectivos e mensuráveis e considerando a dimensão subjectiva da dor.

Referem ainda, na perspectiva do avaliador, que a avaliação " (...) é sempre um processo subjectivo (...) " no sentido em que está " (...) sempre implícita a componente individual do avaliador (...)", acrescentando que, " (...) por mais que haja uniformidade de critérios de avaliação, está sempre subjacente a subjectividade (...)".

Surgem também outras opiniões que valorizam os aspectos da qualidade de vida, que referem que " (...) o controlo da dor é importante para o conforto e qualidade de vida da pessoa (...)". Outra opinião salienta os direitos da pessoa e o estado actual da ciência, que não admite a possibilidade das pessoas experienciarem dor: " (...) já não existe razão para as pessoas terem dor (...) ".

As concepções de dor reportadas pelos enfermeiros, agregando os aspectos da subjectividade, dimensões da pessoa e preocupação com a qualidade de vida, estão no argumento da identificação da categoria «dimensões da pessoa».

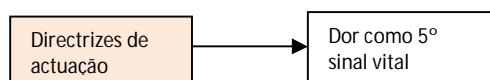
A partir das opiniões manifestas pelos enfermeiros, somos tendentes a pensar que os enfermeiros reúnem conhecimentos sobre a dor, quando remetem às suas concepções dimensões importantes do processo de avaliação. Porém, alocam a subjectividade, mais em aspectos relacionados com o próprio processo de avaliação, visível pela frequência com que se repete no discurso dos entrevistados. Este aspecto distancia um pouco a prática das recomendações teóricas, que situam a subjectividade, fundamentalmente na individualidade única da pessoa (McCaffery e Beebe, 1992).

Os aspectos que versam as «repercussões» clínicas da experiência de dor na qualidade de vida da pessoa, também contemplados como grande argumento da sua valorização como 5º sinal vital (IASP, 2010), foram os mais amplamente referidos, podendo esta concepção guardar relação com a própria concepção do exercício profissional dos enfermeiros neste contexto de cuidados.

A concepção de dor importa para o presente trabalho, no sentido em que a literatura argumenta que as lacunas na abordagem da dor se devem por vezes, a concepções erradas ou inconsistentes, que incorrem na sua desvalorização e tratamento inadequado (Bryant, 2007; Leão e Mendonça, 2008; McCaffery e Beebe, 1992; NPC e JCAHO, 2003; OE, 2008).

. Directrizes de actuação

No que se refere à segunda categoria de análise, centrada no conhecimento sobre as «directrizes de actuação», particularmente a norma de avaliação da dor como 5º sinal vital da DGS (2003), no que versa a sua existência e conteúdo, optou-se numa lógica de melhor compreensão, por enunciar a categoria, «dor como 5º sinal vital».



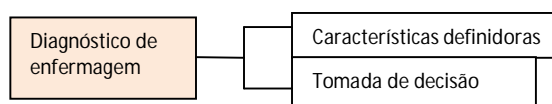
No âmbito dos conhecimentos relativos à circular normativa que regulamenta a avaliação da dor como 5º sinal vital, no que concerne à sua existência, a maioria dos enfermeiros expressam ter conhecimento desta. Quando questionados acerca do seu conteúdo específico, e que versa, entre outros aspectos, o próprio processo de tomada de decisão acerca do diagnóstico, directrizes de actuação em situações especiais e os instrumentos de avaliação preconizados, na sua maioria, expressam não terem presente de uma forma sólida e segura este conhecimento. Referem neste sentido, de uma forma quase consensual, e com alguma insegurança, “(...) *não tenho presente especificamente o que diz, mas penso que refere a necessidade de avaliação da dor de uma forma mais regular (...)*”; “(...) *o conteúdo não conheço, contudo penso que tem a ver com a regularidade com que a dor deve ser avaliada e as escalas preconizadas(...)*”.

A pouca solidez de conhecimentos acerca do conteúdo na norma versada, corrobora com uma das barreiras argumentadas na literatura ao nível do processo diagnóstico e gestão da dor, situando as lacunas no âmbito dos défices de informação e formação específica (Cocker et al., 2010; Duignan e Dunn, 2009; Zhang et al., 2008; Mcmillan et al., 2005; NPC e JCAHO, 2001; Pedroso e Celich, 2006). Esta poderá constituir uma explicação da não avaliação, pelos enfermeiros, da dor como 5º sinal vital.

Um estudo situado na mesma problemática revela que os enfermeiros, apesar reunirem conhecimentos sobre a avaliação da dor e processo de tomada de decisão, na prática continuam a não a conceber como o 5º sinal vital, sugerindo-se a incorporação desta lacuna no âmbito de programas educativos e informativos (Oliveira, Silva e Leitão, 2010). Estudos centrados no processo de avaliação e controlo da dor salientam também a necessidade inquestionável de um conhecimento cada vez mais sustentado e alicerçado em princípios da prática baseada na evidência (Craig e Smyth, 2004; McEwen e Wills, 2007; JCR e JCI, 2010; Leão e Mendonça, 2008; NPC e JCAHO, 2003; OE, 2008).

. Diagnóstico de enfermagem

Progredindo na terceira categoria de análise, e que reverte a favor do «diagnóstico de enfermagem», numa lógica de melhor compreensão do processo de análise foram definidas duas subcategorias, atendendo ao elemento em análise, sendo respectivamente, «características definidoras» e «tomada de decisão».



No que reporta às características definidoras a comportar na identificação do diagnóstico “dor”, na sua maioria, os enfermeiros expressam como elementos a explorar, a “ (...) *localização, intensidade, frequência e duração* (...)”, havendo em alguns casos, alguma dificuldade em associar a terminologia “frequência” e “duração”, sendo descritos os termos que as definem como, “ (...) *se é aguda ou crónica* (...) *se é contínua ou intermitente* (...)”, tendo estes, sido considerados na respectiva terminologia para efeitos da análise dos dados.

Acrescentam ainda neste âmbito, que sabendo as características necessárias a atender, habitualmente mencionam apenas a intensidade e a localização. Referem, “(...) *em termos da CIPE, o enunciado deve comportar a localização, intensidade, duração e frequência. Contudo na prática acabamos muitas vezes por colocar os mais objectivos e que nos são dados pela pessoa, que são a localização e a intensidade* (...)”.

Quanto a outros elementos de valorizar na avaliação da dor, na sua maioria, os enfermeiros não focaram os factores de alívio/agravamento ou repercussões nas actividades de vida diária, realçando porém, outros elementos importantes. Um desses elementos referidos foi a etiologia da dor: “(...) *exploro a etiologia da dor, se é trauma ou é uma dor crónica. No caso de ser traumática também exploro o mecanismo de lesão, uma vez que isso também vai determinar o meu nível de atenção* (...)”. Outros aspectos salientados com alguma frequência, dizem respeito à exploração de antecedentes de saúde associados à dor, considerando “(...) *importante saber etiologia da dor, se está associada a um evento traumático ou se é uma situação crónica associada a uma patologia prévia* (...)”.

Outra opinião acrescenta que “(...) *há doentes em que a dor é psicogénica, ou porque estão preocupados, porque não dormiram, e nestes casos a terapêutica ajustada em função destes dados poderá ser mais eficaz*”.

Na especificidade da dor torácica, um enfermeiro refere que, “(...) *na dor torácica que me pareça indicativa de dor pré-cordial é mandatório esclarecer o*

tempo de evolução, história cardíaca prévia e a irradiação”. Outros aspectos sobressaem no âmbito da colheita de dados, como o recurso à utilização de terapêutica farmacológica para o efeito, efectuada no momento, ou a existência de um regime medicamentoso já instituído e cumprido pela pessoa.

Verificamos a partir do enunciado pelos enfermeiros, que existem lacunas no rigor da construção do diagnóstico, no que versa a mensuração das características definidoras, fundamentalmente ao nível da exploração dos factores de alívio, agravamento da dor e repercussões nas actividades de vida diárias.

De facto a avaliação da dor está muito longe da simples resposta à questão, quanto dói? (IASP, 1993; NPC e JCAHO, 2003), e que situa esta avaliação, apenas no reducionismo da intensidade. A avaliação deve agregar, para além da intensidade da dor, a localização, a duração, a frequência e a qualidade (Ribeiro e Cardoso, 2007), os factores de alívio e agravamento, e o impacte nas actividades de vida diária (Briggs 2010; McCaffery e Beebe, 1992; Teixeira e Yeng, 2007).

Foram contudo, salientados outros aspectos importantes, nomeadamente a história de dor e mecanismo de lesão, parecendo guardar relação com a exploração de indícios sugestivos de complicações graves. Parece-nos que existem situações de dor com maior atenção, em que a colheita de dados aparenta ser mais exaustiva, como é o caso da dor pré-cordial. A maior pormenorização dos dados, em situações de maior gravidade, e particularizando a dor torácica, está também descrita na literatura (Brunse, Stochkendahl e Vach, 2010; Scheuermeyer, Christenson e Innes, 2010; Pierce, Hess e Kline, 2010).

A valorização da componente psicológica, expressa pelos enfermeiros nas suas concepções, constitui um dado interessante, ao conceber a abordagem da dor para além dos sinais clínicos e objectivos.

Neste âmbito, a literatura sugere-nos que a dor, particularmente nas doenças crónicas, agrava perante o medo e a ansiedade, devendo estes aspectos serem considerados no âmbito da sua abordagem, no sentido da minimização dos efeitos deletérios na condição de saúde física e emocional (Cox, 2010; Diamond e Conian, 1997; Metzger et al., 2002).

A categoria «tomada de decisão», é considerada, no sentido de objectivar o processo mental de identificação do diagnóstico, bem como, descrever os elementos de informação que os enfermeiros reúnem para decidir pelo diagnóstico.

Do ponto de vista do processo de tomada de decisão, o conteúdo emergente das entrevistas versa duas situações fundamentais: o diagnóstico na ausência de défices cognitivos e na sua presença.

No que concerne à primeira, a decisão sobre o diagnóstico é tomada a partir da agregação de vários elementos, sendo referido pelos enfermeiros, que este

processo resulta “ (...) do que o doente me refere (...) o comportamento e a presença de alguns sinais indicativos de dor, como sejam a palidez, sudorese, taquicardia, fácies de dor (...)”. Esclarecem contudo, que o “(...) resultado não é tanto determinado pelo que o doente me diz em termos da intensidade da dor, mas a ponderação de todos estes dados (...)”.

Outro enfermeiro descreve que “(...) o diagnóstico nunca é um processo isolado, (...), habitualmente a maior importância decorre daquilo que observo, ou seja os sinais clínicos de dor e o comportamento que a pessoa apresenta (...). A queixa surge de seguida (...). Sei que a dor deveria ser valorizada de acordo com o que a pessoa nos diz, mas muitas vezes isso não é congruente com aquilo que observamos (...)”.

No âmbito da segunda situação, e portanto a avaliação da dor na presença de défices cognitivos, os enfermeiros descrevem-na como sendo mais difícil, contando necessariamente com os dados da observação e sinais clínicos.

Reforçam como elemento importante, as informações recolhidas junto dos familiares e a utilização de instrumentos de avaliação, como sejam a escala das faces e escala do observador. Corroborando o anteriormente referido, emerge do conteúdo das entrevistas, que “ (...) nestas situações é por vezes um pouco difícil definir o diagnóstico (...) habitualmente só o identificamos se isso nos é dito por algum familiar, ou se por dados objectivos é possível identificá-la (...)”.

Referem também a valorização de sinais clínicos, por exemplo, “(...) quando a pessoa tem uma atitude defensiva ou existe uma lesão observável, ou se no decurso dos cuidados (...) a pessoa evidencia sinais de dor, como o gemido (...)”. No processo de avaliação referem “(...) cruzar dados de sinais clínicos e utilizar a escala das faces (...)”. Quando a informação é fornecida pela pessoa significativa, descrevem que “(...) a avaliação é mais subjectiva uma vez que o diagnóstico é sempre visto na nossa perspectiva e do familiar (...)”.

Percebemos da opinião dos enfermeiros, que a tomada de decisão sobre o diagnóstico, resulta da ponderação de vários dados, como sejam, os resultantes da observação e do auto-relato. Parecem, porém, denunciar alguma subvalorização destes últimos em detrimento dos primeiros, ainda que conscientes, alicerçados em questões de incongruência de dados, por vezes existente.

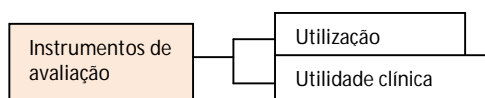
Relativamente a este aspecto, a literatura suporta que, para a determinação efectiva do diagnóstico “dor” e suas repercussões, o enfermeiro deve socorrer-se do auto-relato, dados da observação e informações adicionais dos familiares (McCaffery e Beebe, 1992; NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008; Teixeira e Yeng, 2007), o que corrobora a prática clínica expressa pelos enfermeiros.

Adicionalmente, é também recomendada a utilização de instrumentos de avaliação, apropriados a cada situação específica (JCR e JCI, 2010; Guarda, 2007; Macintyre et al., 2010; NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008), manifestando os enfermeiros a mesma concepção.

Contudo, versando o aspecto da valorização do auto-relato para segundo plano, a literatura adverte que “ (...) *em matéria de dor, é sempre o doente que tem razão, sejam quais forem os juízos e as opiniões do pessoal de cuidados sobre a autenticidade das queixas. O doente é o único juiz da experiência dolorosa*” (Metzger et al., 2002, p. 27). McCaffery e Beebe (1992, p. 8) acrescentam que “ (...) *o cuidado do doente com dor pode ser um exercício de humildade* (...)”.

. Instrumentos de avaliação

A categoria «instrumentos de avaliação» versa essencialmente a sua adequada «utilização» face às capacidades de expressão, bem como a interpretação que os enfermeiros fazem da sua «utilidade clínica», constituindo estes dois aspectos, subcategorias enunciadas.



Relativamente à «utilização» de instrumentos de avaliação face à capacidade de expressão, os enfermeiros clarificam que, por norma, nos doentes que comunicam, utilizam a escala numérica ou régua da dor da triagem de Manchester. Perante situações de défices cognitivos, socorrem-se fundamentalmente da escala das faces, desconhecendo outras.

Quanto à «utilidade clínica» dos instrumentos de avaliação, concebem-nos como úteis sob o ponto de vista do contributo que importam para o processo de diagnóstico, considerando-os suficientes. Referem neste sentido, que “ (...) *o resultado da decisão resulta do cruzamento dos dados da observação e de outras fontes* (...)” acrescentando também que, “ (...) *o diagnóstico não decorre apenas da utilização da escala, é um processo que resulta da combinação dos vários elementos* (...)”.

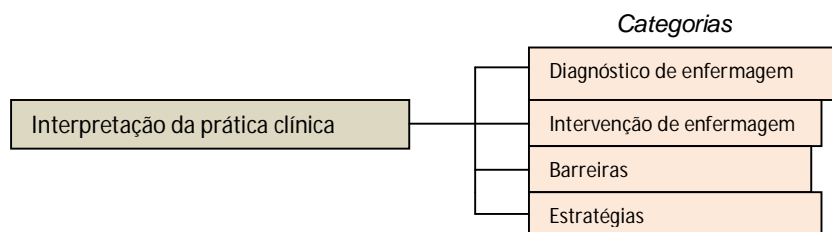
Quando clarificados da existência de outras escalas mais dirigidas a situações específicas, como sejam os défices de comunicação e cognição, admitem a possibilidade de constituírem um contributo para melhorar o rigor no processo de diagnóstico. Clarificam que, ao serem “ (...) *dirigidos a situações especiais, serão mais específicos e rigorosos nessas áreas, (...) essencialmente proporcionariam uma maior uniformidade de critérios de avaliação* (...)”.

Verificamos que os enfermeiros possuem conhecimentos sobre as escalas utilizadas e manifestam a sua apropriada utilização face às capacidades de comunicação. No âmbito da sua utilidade para o processo de tomada de decisão, consideram-nas úteis, concebendo-os como ferramentas de suporte, uma vez que o diagnóstico é resultado da agregação de vários elementos.

No que versa a utilização dos instrumentos de avaliação, é recomendada a sua adequabilidade às características da população para os quais são utilizados e especificidade para que foram desenvolvidos, sendo também considerados importantes ferramentas de apoio à tomada de decisão (Briggs, 2010; Macintyre et al., 2010; OE, 2008; Teixeira e Yeng, 2007).

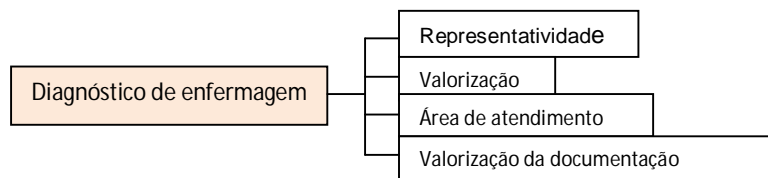
. Interpretação da prática clínica

Emergindo na interpretação que os enfermeiros fazem da prática clínica reproduzida da documentação de enfermagem, definimos quatro categorias: «diagnóstico de enfermagem», «intervenção de enfermagem», «barreiras» e «estratégias». Para cada umas das categorias, foram identificadas subcategorias, a partir do conteúdo emergente, expressas no diagrama que se segue.



. Diagnóstico de enfermagem

Assim, no domínio do diagnóstico de enfermagem, emergiu a subcategoria «representatividade», «valorização» da dor, «área de atendimento», «turno», e «agregação valorização/documentação».



No que concerne à subcategoria «representatividade», é consensual que a representação numérica da identificação do diagnóstico não espelha de forma fiel a actuação de enfermagem neste âmbito. Foi referido pelos enfermeiros que "(...) os dados são muito restritivos no que efectuamos no âmbito do processo diagnóstico (...) muitas vezes não temos tempo para documentar os dados (...)".

A subcategoria «valorização» da dor pretende descrever a forma como os enfermeiros valorizam a dor. Verifica-se que as situações de gravidade emergem como prioritárias. Clarificam esta concepção quando referem, “(...) estamos mais sensíveis para estas situações, porque isso nos obriga também a uma maior vigilância (...), no sentido em que (...) podem constituir ameaça à vida e portanto também exigem da nossa parte uma maior atenção. Acrescentam que, “(...) a sua evolução e características são importantes para o diagnóstico e intervenção atempada (...)”.

Particularizam ainda, que “ (...) é natural que uma dor de prioridade laranja ou uma dor pré-cordial sejam por nós mais valorizadas (...) atendendo a que (...) a dor pré-cordial se desvalorizada, pode colocar em risco a vida do doente (...). Outra situação em que valorizamos a dor diz respeito à dor lombar, descrita pela pessoa como cólica renal, e que é conhecida como uma dor intensa, difícil de suportar (...)”. Referem também que “ (...) existem outras situações que nos despertam atenção como sejam os traumas torácicos com alguma intensidade, uma vez que nos remete para possíveis complicações que é necessário estar atento, para agir atempadamente caso a situação complique (...)”.

No âmbito das características do contexto, argumentam que (...) o serviço de urgência implica o estabelecimento de prioridades e aquilo que é indicativo da probabilidade de induzir compromisso hemodinâmico ou colocar a pessoa em risco de vida acaba por ser mais valorizado (...), “(...) uma cefaleia intensa que não cede à analgesia, uma dor pré-cordial, uma dor abdominal intensa na fossa ilíaca direita, são situações que absorvem mais dos nossos cuidados e atenção, porque há a probabilidade da situação poder evoluir para uma situação de risco(...)”.

Em situações de menor gravidade referem que, “(...) em muitas situações em que a dor é ligeira entendemos que não é prioritário documentar, a pessoa faz um analgésico e pouco tempo depois vai embora (...)”.

No que reporta à identificação do diagnóstico atendendo à subcategoria «área de atendimento», os enfermeiros argumentam que as características do sector também influenciam a identificação do diagnóstico e sua precisão. Descrevem que o contexto do sector de observação de adultos é facilitador do acesso aos dados e documentação, atendendo às “(...) características do sector, como sejam o rácio enfermeiro/doente, um sector mais calmo, maior permanência dos doentes e a não interrupção para a realização de outras tarefas (...). Referem também, haver neste sector “(...) um contacto mais próximo entre a pessoa e o profissional de saúde e durante mais tempo (...), “(...) o que é muito diferente do que acontece em outros sectores que chegam a ter 10, 15 ou mais doentes, muitos deles instáveis e em que é preciso actuar. Todos os outros perdem prioridade (...)”.

No que concerne à última subcategoria, que aborda o factor determinante da «*valorização da documentação*», é algo consensual que, estando muito alicerçado na gravidade clínica, este por si só, não constitui razão para a acção. Ganha contudo força quando agregado a outros factores, como sejam, a previsibilidade da permanência mais prolongada no serviço de urgência ou a transição entre sectores da urgência, como por exemplo, perante a necessidade de observação por outras especialidades. São exemplificativos desta concepção os conteúdos expressos pelos enfermeiros quando referem “*(...) isoladamente não constitui factor que determine o diagnóstico e documentação, mas mais facilmente é indicativo, porque normalmente surge associado a maior tempo de permanência, transição entre sectores e entre turnos, o que de certa forma nos obriga à documentação porque há uma continuidade de cuidados (...)*”.

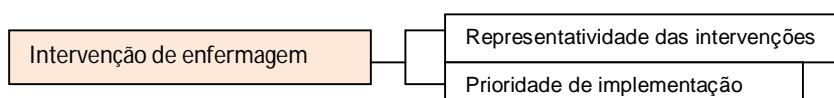
Verificamos que a prática clínica emergente da representação dos registos de enfermagem, é, na opinião dos enfermeiros, redutora dos cuidados efectuados.

A valorização da dor resulta fundamentalmente da condição de gravidade clínica. A documentação da informação agrega a este factor, aspectos relacionados com a continuidade de cuidados, nomeadamente o tempo de permanência na urgência e a transição entre turnos.

A concepção da prática alicerçada em questões de prioridade de cuidados está também prevista e assumida para a actuação de enfermagem de urgência. Esta concepção figura no âmbito das atribuições de enfermagem sugeridas pela *Classificação das Intervenções de Enfermagem* (NIC), no qual são, entre outros aspectos, salientadas responsabilidades no controlo de situações de risco, como a anafilaxia, controlo do choque, cuidados cardíacos, cuidados circulatórios e também, no que versa o interesse do estudo, o controlo da dor (Dochterman e Bulechek, 2008).

. Intervenção de enfermagem

Na «intervenção de enfermagem», que visa a caracterização e compreensão da prática clínica neste âmbito face à dor, foram enunciadas duas subcategorias designadas, «representatividade das intervenções» da intervenção e «prioridade de implementação».



Na subcategoria «representatividade das intervenções», versa a frequência da implementação das intervenções autónomas e interdependentes. Face aos

dados estatísticos, que demonstram a prevalência na implementação de intervenções farmacológicas sobre as medidas não farmacológicas, os enfermeiros referem que “(...) *a dor em atendimento urgente é predominantemente aguda (...)*”. Um dos participantes acrescenta que o cuidado à pessoa com dor no contexto dos serviços de urgência está ainda muito vincado pelo modelo biomédico, ao referir que “(...) *quer queiramos quer não ainda estamos muito vinculados ao modelo biomédico(...)*”, pelo que indicia uma maior frequência de intervenções de enfermagem resultantes de prescrição médica.

Quanto à visibilidade na documentação de enfermagem, das intervenções não farmacológicas de alívio da dor, argumentam que “ (...) *são menos valorizadas em contexto de urgência, isto porque o tipo de dor mais frequente requer fundamentalmente intervenção farmacológica (...)*”. Por outro lado, reconhecem que, por vezes efectuam “(...) *aplicação de gelo, proporcionar conforto como o posicionamento (...),mas (...)* acabamos por não a equacionar como uma intervenção de enfermagem e não valorizamos o seu registo”.

Enunciam, ao nível da «prioridade de implementação» a reduzida visibilidade das intervenções autónomas, nomeadamente as terapêuticas não farmacológicas, em virtude de estarem “(...) *mais indicadas para a dor crónica e a dor em atendimento urgente é predominantemente aguda (...)*” Um enfermeiro é discordante desta opinião, referindo que também valorizam estas intervenções, quando expressa, “(...) *acho que todos estamos sensíveis para proporcionar conforto. Questionamos a pessoa qual é a posição que fica melhor, adequamos o ambiente, como limitar o ruído....contudo a urgência tem dificuldades a este nível uma vez que é um serviço movimentado em que não há horas para nada (...)*”.

De facto a prática de enfermagem parece ser congruente com uma certa desvalorização das medidas não farmacológicas, alicerçada em factores inscritos no próprio tipo de dor, na concepção de cuidados e em características estruturais do contexto.

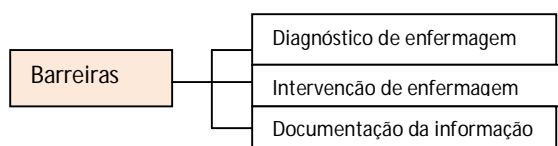
Relativamente à prioridade da intervenção, foi referido pelos enfermeiros, que a intervenção prioritária é fundamentalmente farmacológica, sendo as intervenções não farmacológicas, remetidas para segundo plano.

Porém, a implementação de medidas farmacológicas e monitorização dos seus efeitos terapêuticos, designam atribuições de enfermagem nos cuidados à pessoa com dor (McCaffery e Beebe, 1992; Moorhead e Maas, 2008; OE, 2008). Inscrevem-se, de igual forma, no leque das suas competências, e de reconhecida eficácia terapêutica, a medidas não farmacológicas (Conion e Diamond, 1997; Cox, 2010; Eler e Jaques, 2006; NPC e JCAHO, 2001; Oware-Gyekye, 2008). Estas, circunscritas no domínio de autonomia de enfermagem (Dochterman e Bulechek,

2008), adquirem vantagem quanto ao poder de decisão clínica dos enfermeiros (McCaffery e Beebe, 1992; OE, 2008).

. Barreiras

A categoria designada por «barreiras» situa a análise perante as limitações que os enfermeiros encontram na sua prática profissional. Enunciamos nesta categoria, três subcategorias: «diagnóstico de enfermagem», «intervenção de enfermagem» e «documentação»



No que concerne à primeira subcategoria, enunciamos três sub-subcategorias emergentes, tomando como referência as barreiras definidas pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (2001) e *Joint Commission Resources* e *Joint Commission International* (2010), que designamos por, «contexto/estrutura», «pessoa/cliente» e «profissionais de saúde», conforme as barreiras reportadas versem estes aspectos.

No que concerne às «barreiras» centradas no «diagnóstico de enfermagem» enquanto tomada de decisão, são referidas pelos enfermeiros, na subcategoria «contexto/estrutura», “(...) a falta de tempo disponível para estar junto da pessoa e recolher a informação necessária, uma vez que a afluência à urgência é variável e por vezes temos muitos doentes e temos que estabelecer prioridades (...)”. Referem ainda que, nestes casos “(...) se esta estiver aumentada não temos tempo para uma correcta actividade diagnóstica, e limitamo-nos a efectuar as prescrições médicas (...)”. Acrescentam ainda outras barreiras, como “(...) a responsabilidade para com outros doentes de maior gravidade (...)” e “(...) a solicitação para com outras tarefas (...)”.

No âmbito da sub-subcategoria «pessoa/cliente», clarificam também, como limitação da actividade diagnóstica, “(...) a dificuldade de acesso aos dados, quer relacionados com as dificuldades de comunicação e a falta de um familiar presente, ou pela pouca objectividade com que a pessoa reporta a queixa (...)”. No entanto, “(...) a dor característica de cólica renal tem uma clínica típica e por norma o doente que tem episódios recorrentes descreve-a muito bem o que facilita o diagnóstico (...)”.

Na sub-subcategoria «profissionais de saúde», e que versa as barreiras dependentes destes, um enfermeiro admite que este processo encontra muitas

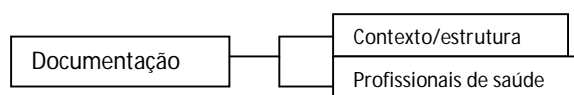
vezes agravante em atitudes rotineiras e pouco reflectidas, ao referir “(...) *por vezes também reconheço que entramos na rotina e não valorizamos a importância deste rigor e a própria documentação da informação (...)*”.

Podemos, a partir do conteúdo expresso pelos enfermeiros, constatar que estes alicerçam as suas práticas, no que concerne ao diagnóstico, norteados por aspectos que emergem na definição de prioridade de cuidados, face à sobrecarga de trabalho, por vezes existente, responsabilidades acrescidas para com outros doentes graves e outras tarefas, o que também é apoiado pela literatura que versa os aspectos das barreiras neste contexto de cuidados (Duignan e Dunn, 2009; Hogan, 2005; Thomas, 2007; Tsai et al., 2007).

Enunciam também como barreiras, a dificuldade no acesso aos dados, perante a falta de objectividade na sua descrição, aspectos também corroborados por alguns estudos nesta área (Duignan e Dunn, 2009; Hogan, 2005). A presença de défices cognitivos foi também uma barreira enunciada, assumindo por vezes, práticas pouco reflectidas e baseadas em acções de rotina.

No que reporta à «intervenção de enfermagem», as barreiras situam-se essencialmente ao nível da pouca valorização das intervenções de carácter não farmacológico. Admitem esta prática, face à falta de tempo para a sua implementação, a sua pouca eficiência na dor aguda e o contexto pouco apropriado ao seu desenvolvimento.

No âmbito da subcategoria «documentação», tomando como alicerce a mesma referência teórica (NPC e JCAHO, 2001; JCR e JCI, 2010) enunciamos as sub-subcategorias, «contexto/estrutura» e «profissionais de saúde».



Progredindo na terceira subcategoria, e que encerra as «barreiras» centradas na «documentação», são reportadas ao nível da sub-subcategoria «contexto/estrutura», a “(...) *falta de tempo, falta de oportunidade (o doente tem alta antecipada), e a prioridade para cuidados directos (cumprimento de prescrições médicas) (...)*”.

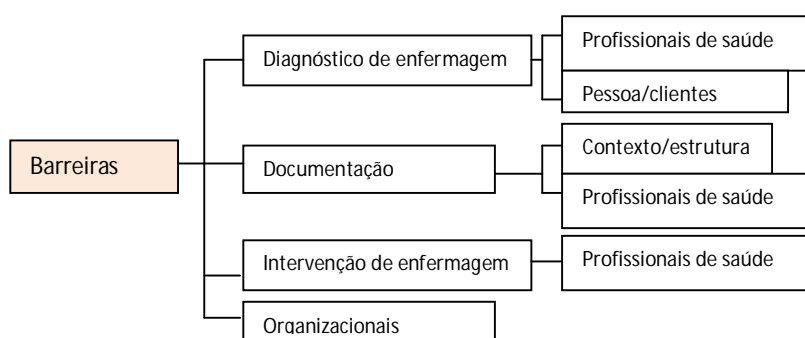
Versando os aspectos centrados nos profissionais, e que revertem a favor da categoria «profissionais de saúde», admitem também “(...) *a falta de hábito (...)*”. Clarificam, relativamente a este aspecto, que “ (...) *aquilo que documentamos acaba por ser o que consideramos mais importante e que é possível documentar atendendo às condicionantes, principalmente o factor disponibilidade (...)*”. Admitem contudo, alguma desvalorização do elemento documentação, quando referem, “(...) *precisamos de nos consciencializar para documentarmos mais aquilo que fazemos,*

porque se na maioria das vezes não o fazemos por falta de tempo, outras vezes é porque simplesmente não valorizamos (...)”.

Importa aqui reter, que existem condicionantes da documentação em contexto de urgência, quer centrados em aspectos estruturais, quer também devidas à importância que os próprios profissionais lhes atribuem (Duignan e Dunn, 2009; Hogan, 2005; Thomas, 2007). Contudo, a literatura adverte que a documentação da informação constitui um elemento chave na monitorização (Briggs, 2010; Metzger et al., 2002; OE, 2008) e decisão de cuidados (Donabedian, 1988), constituindo também, uma obrigação legal inscrita no âmbito das atribuições de enfermagem (OE, 2003).

. Estratégias

A última categoria, designada «estratégias» de melhoria, versa os aspectos referidos pelos enfermeiros como possíveis de melhorar a prática clínica. Uma vez que as estratégias se centram nas barreiras enunciadas, as categorias seguem este alinhamento, sendo designadas por «diagnóstico de enfermagem», «intervenção de enfermagem» e «documentação». Acrescentamos as estas, a categoria «organizacionais». Esta última, encerra os aspectos inscritos no âmbito das medidas dirigidas a políticas e mudanças ao nível da gestão e instituição.



Tomando por referência a organização das barreiras sugeridas pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (2001), *Joint Commission Resources* e *Joint Commission International* (2010), no que concerne ao «diagnóstico», enunciamos como sub-subcategorias emergentes, «profissionais de saúde» e «pessoa/cliente». No âmbito da subcategoria «documentação», tomando como referência o mesmo manual e o conteúdo emergente das entrevistas, definimos duas sub-subcategorias, designadas de «contexto/estrutura» e «profissionais».

Versando os aspectos inerentes aos «profissionais de saúde», em ambas as subcategorias, são mencionadas, fundamentalmente as necessidades de formação, com particular enfoque sobre a sensibilização para a temática.

Neste sentido é quase consensual, que a formação constitui um aspecto a considerar “(...) *não no sentido de conteúdos muito teóricos acerca da dor (...)*”, assumindo possuírem conhecimentos suficientes acerca da temática, “(...) *mas sim pela sensibilização para a necessidade de uma melhor avaliação da dor (...)*”, “(...) *sensibilização para a temática e clarificação de normas de actuação(...)*”. Outros enfermeiros consideram importante, a formação ao nível teórico nos domínios da “(...) *terapêutica não farmacológica (...)*”, “(...) *reforçar as normas de avaliação da dor, os instrumentos disponíveis e como utilizá-los, e a divulgação de guidelines de boa prática(...)*”.

Não objectivamente reportadas no discurso dos entrevistados, mas tendo sido uma dificuldade remetida ao processo de diagnóstico, indutivamente é perceptível a necessidade de investimento ao nível da pessoa e familiares, no sentido de melhor clarificarem as queixas e descreverem os dados.

Relativamente aos aspectos da «estrutura/contexto» são enunciadas como estratégias, “(...) *a adequação de recursos prevendo o tempo dispendido para a documentação, a libertação de outras tarefas de cariz burocrático (...)*”, uma “(...) *melhor gestão dos recursos humanos, melhoria no aplicativo informático (...)*”.

Centradas no domínio da intervenção de enfermagem, objectivamente descritas, são consideradas como medidas possíveis de melhorar a eficácia no controlo da dor, a instituição de protocolos de analgesia (Decosterd, et al., 2007).

Ao nível das medidas não farmacológicas de alívio da dor, é sugerida a formação, no sentido da sensibilização.

Ao nível organizacional, enunciam como medidas, uma mudança na cultura organizacional, tendo sido referido por um enfermeiro que “(...) *talvez se existisse uma maior visibilidade dos dados através da realização de investigação, a prática pudesse ser melhorada. As pessoas não reconhecem o valor da investigação e não estão habituadas a fazer investigação (...)*”. Foi também referido por outros enfermeiros, a necessidade de uma maior “(...) *valorização e visibilidade dos dados (...)*” com destaque sobre a “(...) *motivação impressa pela própria instituição no reconhecimento do valor e acolhimento das dificuldades reportadas (...)*”.

No que reporta às estratégias de melhoria da prática clínica, a literatura suporta, que a identificação das barreiras constitui o primeiro passo na resolução do problema e definição de estratégias eficazes (Thomas, 2007).

Na especificidade da dor, diversos estudos apontam como lacunas da adequada gestão da dor, a falta de conhecimentos e a falta de formação

especializada dos profissionais (Cox, 2010; Duignan e Dunn, 2009; Hogan, 2005; McCaffery e Beebe, 1992; NPC e JCAHO, 2001; Thomas, 2007), e apontam como estratégias, o investimento quer ao nível da informação teórica, quer ao nível da especializada (Cox, 2010; Duignan e Dunn, 2009; Leão e Mendonça, 2008; Tsai et al., 2007; Wilson, 2007).

A utilização de protocolos de analgesia em contexto de urgência, figura na literatura, como uma medida adequada, passível de utilização pelos enfermeiros, tendo-se revelado uma estratégia efectiva no que concerne à melhoria do controlo da dor (Decosterd et al., 2007; Stalnikowicz et al., 2005).

Ao nível organizacional são também sugeridas medidas de monitorização dos cuidados, formação contínua e normalização de práticas alicerçadas na evidência e guidelines de boa prática (Leão e Mendonça, 2008).

Um outro aspecto interessante vincado na literatura, salienta a importância da supervisão clínica como motor na melhoria do processo de consciencialização, tomada de decisão e alteração de comportamentos (Wilson, 2007).

PARTE IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – DA ANÁLISE DOS RESULTADOS À DEFINIÇÃO DA ESTRATÉGIA

Os resultados de um estudo necessitam de ser avaliados e interpretados. A análise deve ser efectuada tendo por base, a finalidade do estudo e o seu alicerce teórico, o corpo de conhecimentos emergentes da pesquisa efectuada e as limitações do estudo (Polit, Becck e Hungler, 2004).

Neste estadio será efectuado o cruzamento de dados decorrentes da análise dos registos de enfermagem e dos dados obtidos com a realização das entrevistas, procurando uma interpretação mais sustentada da prática clínica.

Este capítulo culmina na análise da prática clínica e identificação das principais linhas orientadoras de intervenção.

1.1 – A Prática Clínica a Partir da Intercepção de Dados

No que concerne ao primeiro aspecto abordado nas entrevistas, este surge, no sentido em que a literatura argumenta que a concepção da dor como 5º sinal vital promove uma prática mais eficaz na abordagem da dor, e consequente controlo (Briggs, 2010; JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2001).

A partir da concepção de dor expressa pelos enfermeiros, no que concerne à avaliação da dor como 5º sinal vital, verificamos que manifestam conhecimentos, em parte, compatíveis com esta concepção, ou seja, a avaliação da dor implicar uma monitorização regular à semelhança do que acontece para os restantes sinais vitais, bem como o seu registo em local apropriado (OE, 2003). Contudo os dados estatísticos não versam na íntegra, esta prática. No total de episódios analisados, em apenas 20,9% foi identificado o diagnóstico.

Relativamente a este aspecto referem, no âmbito da interpretação da prática clínica, que os dados numéricos não espelham a prática no seu todo. Nem todos os cuidados ou acções de enfermagem são documentados.

Contudo, a planificação mental dos cuidados, sem a respectiva formalização escrita, não tem qualquer valor acrescentado para a continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados. Sugere-se portanto, a sua redação de forma explícita, em documento apropriado e acessível a qualquer elemento da equipa multidisciplinar (Grodin et al., 2001; OE, 2008).

Ainda neste alinhamento, e no que concerne à identificação do diagnóstico e sua visibilidade na documentação, admitem esta relação, centrada na condição de gravidade clínica, na própria continuidade de cuidados, e fundamentalmente, em questões de estabelecimento de prioridades de cuidados. Neste sentido, as situações mais documentadas corroboram os argumentos supra-enunciados, ao situarem a identificação do diagnóstico, na dor abdominal (7,1%; $n=24$), dor torácica (4,4%; $n=15$) e dor pré-cordial (2,4%; $n=8$).

Embora a literatura argumente a necessidade de valorização da dor de forma incondicional (McCaffery e Beebe, 1992, Metzger et al., 2002; NPC e JCAHO, 2010; OE, 2008), também a particulariza face a algumas áreas específicas, alicerçada em questões de gravidade clínica e risco de vida associado. Este facto é visível pelo amplo investimento do ponto de vista da investigação dedicado a áreas específicas, como sejam, a dor torácica (Brunse et al., 2010; Davoudi, Afsharzadeh e Mohammadalizadeh, 2008; Pierce et al., 2010; Scheuermeyer et al., 2010), a dor abdominal (Dagiely e Mass, 2010; Lee, Smith e Jennings, 2008) e a dor traumática (Gawthorne et al., 2010; Herr, Titler e City, 2009; Jackson e Elizabeth, 2010).

Estudos que versando as barreiras da prática clínica face à dor em serviços de urgência, salientam a falta de tempo e a responsabilidade para com outras condições de gravidade (Duignan e Dunn, 2009), o que corrobora com as limitações reportadas pelos enfermeiros.

A valorização da dor como 5º sinal vital e na vertente multidimensional, constituem importantes princípios para a adequada abordagem da dor, exigindo dos profissionais de saúde, conhecimentos alargados, quer da fisiopatologia, quer também das normas de actuação e prática baseada na evidência (Lui, So e Fung, 2008; McCaffery e Beebe, 1999; NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008).

Podemos constatar, que conhecendo o significado da dor na perspectiva de 5º sinal vital, os enfermeiros situam esta concepção fundamentalmente ao nível das repercussões do seu inadequado controlo sobre a condição de saúde. Foram menos referidas, as concepções na perspectiva da individualidade da experiência de dor, e como sendo indubitavelmente aquilo que “(...) a pessoa diz que é, existindo sempre que diz que existe” (McCaffery e Beebe, 1999, p. 8). Este aspecto assume interesse no sentido em que nos permite considerar possíveis razões que justifiquem a prática verificada, quer centradas nas barreiras específicas do próprio

contexto, como já clarificadas pelos enfermeiros, quer centradas em aspectos do conhecimento, o que nos poderá servir de linha orientadora para a definição de estratégias de intervenção.

Contudo, importa analisarmos com algum cuidado os dados situados na representação da dor, já que a questão foi objectivamente dirigida à concepção da dor como 5º sinal vital, o que poderá ter indiciado a sua representação mais centrada neste domínio mais objectivo.

Versando o diagnóstico, no que concerne às suas características definidoras, verificamos que a sua representação no âmbito da documentação, figura do ponto de vista do enunciado, na agregação, essencialmente dos dados de localização (100%) e intensidade (95,8%). Quando questionados sobre estes dados, os enfermeiros demonstram conhecimentos, porém, por questões de agilização do processo de documentação, mencionam para efeitos do registo, apenas as que consideram mais importantes.

Contudo, esta prática afasta-se do recomendado neste âmbito, e que sugere como características definidoras, a localização, a intensidade, a frequência, a duração, a qualidade, os factores de alívio/agravamento e o impacte nas actividades de vida diária (Briggs, 2010, Cox, 2010; DGS, 2003; NPC e JCAHO, 2001; McCaffery e Beebe, 1999; OE, 2008).

A prática clínica, reproduzida a partir dos registos de enfermagem, denuncia a sua praticamente inexistência na documentação: (factores de alívio(0), factores de agravamento (4,2%; $\underline{n} = 3$) e impacto nas actividades de vida diárias (1,4%; $\underline{n} = 2$). Estes dados são congruentes com as respostas dos enfermeiros neste âmbito, ao referirem recolher informação situada, mais ao nível dos factores precipitantes como, os antecedentes de saúde e o uso de terapêutica farmacológica. Quando a dor é de origem traumática, foram também salientados os aspectos relacionados com o mecanismo de lesão. Estes aspectos, não reflectindo especificamente as características definidoras, mas a história de dor, são também recomendados no âmbito do rigor diagnóstico (JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2001), o que, situado no contexto de cuidados, poderá reflectir a concepção dos cuidados de enfermagem em contexto de urgência.

A gestão de sinais e sintomas e a atenção para situações de compromisso hemodinâmico, são descritas como atribuições de enfermagem em contexto de urgência (Dochterman e Bulechek, 2008; Veenema, 2007), o que poderá justificar a prática clínica reproduzida.

Estes dados sugerem-nos que existe alguma fragilidade de conhecimento ao nível do rigor diagnóstico e da documentação da informação, fundamentalmente no âmbito das suas características definidoras. Estas lacunas foram reconhecidas

pelos enfermeiros, que apontaram como estratégias para as colmatar, a sensibilização para o rigor de decisão, documentação de cuidados e para a temática em geral.

A importância do rigor diagnóstico importa para a problemática em estudo, no sentido em que a literatura argumenta que a eficácia diagnóstica se repercute em efectividade de intervenção (Biggs, 2010; Cox, 2010; Duignan e Dunn, 2009; NPC e JCAHO, 2010; OE, 2008; Ribeiro e Cardoso, 2007).

No âmbito do processo de tomada de decisão, os enfermeiros referem que a queixa do doente, nomeadamente aquilo que exprime pelo auto-relato, os sinais clínicos e comportamentais e o valor de intensidade da dor, constituem elementos essenciais neste processo.

Verificamos, a partir dos dados estatísticos que os enfermeiros subcrevem para a sua tomada de decisão, essencialmente dados da localização (100%) e intensidade (95,8%) e dados da história clínica de dor, mais visíveis ao nível da queixa de triagem.

Descrevem a tomada de decisão, como não sendo um processo isolado, mas resultado da agregação e ponderação de vários indicadores. Esta concepção foi partilhada por vários enfermeiros, ao referirem que *“(...) o diagnóstico nunca é um processo isolado, (...), habitualmente a maior importância decorre daquilo que observo, ou seja os sinais clínicos de dor e o comportamento que a pessoa apresenta (...)”*.

Relativamente a este aspecto, a literatura suporta que o enfermeiro deve socorrer-se do auto-relato e dados da observação no sentido da determinação efectiva do diagnóstico, bem como das respectivas repercussões da dor ao nível da esfera da pessoa, no sentido de uma efectiva intervenção (JCR e JCI, 2010; McCaffery e Beebe, 1992; NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008; Teixeira e Yeng, 2007).

Relativamente à tomada de decisão, esclarecem que a ponderação e congruência entre dados observáveis e portanto objectivos de dor, como sinais clínicos, seguida do auto-relato, constitui uma condição necessária de solidez na decisão tomada. Constituem razões desta prática, o risco de incorrerem em decisões de prioridade clínica que não valorizem as situações mais graves, e portanto, mais prementes do ponto de vista da sua intervenção em contexto de urgência.

Contudo, as directrizes na abordagem da dor, e no que versa o diagnóstico, sugerem a valorização incondicional da dor, na forma como é descrita pela pessoa, sendo dispensado qualquer juízo de valor (McCaffery e Beebe, 1999; Metzger et al., 2002). Neste alinhamento, a literatura argumenta que na colheita de dados, não

existem privilégios sobre dados objectivos ou subjectivos, contudo é preciso recolher indícios (sinais e sintomas) e evitar as infêrencias (Grodin et al., 1992).

No domínio da concepção de cuidados, é também sugerida a definição de prioridades, com privilégio sobre as condições que representam risco de vida para a pessoa (Grodin et al., 1992; Veenema, 2007). Sob esta concepção, podemos ainda admitir, que face ao argumento literário da enfermagem inscrita no dever de advogar em favor do doente (Ware et al., 2011), a valorização da dor pelos enfermeiros em função de critérios de justiça e segurança, poderá ser admissível.

Podemos desta prática depreender, que no processo de tomada de decisão os enfermeiros valorizam primordialmente dados objectivos de dor, procurando adicionalmente a sua validação com o que a pessoa expressa.

Embora a tomada de decisão figure, ao nível dos dados estatísticos, alicerçada fundamentalmente nos elementos “localização” e “intensidade”, verificamos a partir do discurso dos entrevistados, uma maior segurança e robustez deste processo. Continuam de facto, a manifestarem lacunas de conhecimento no âmbito de algumas características definidoras, porém, manifestam segurança na tomada de decisão, pela colheita de dados bastante rigorosa no domínio da história de dor e ponderação cuidadosa de todos os elementos.

A fragilidade mais visível ao nível das características definidoras, remete-nos para a equacionarmos ao nível do fornecimento de informação neste domínio.

No que versa o diagnóstico face à pessoa com e sem défices cognitivos, os dados estatísticos expressam que existem diferenças significativas na identificação do diagnóstico face a estas duas situações ($\chi^2 (1) = 0,008$). A identificação do diagnóstico é mais representativa nas pessoas sem défices cognitivos (18,8%; $N = 340$), comparativamente com as que possuem défices (2,1%; $N = 340$).

Embora os enfermeiros tenham referido que a existência de défices cognitivos não constitui limitação à identificação do diagnóstico, reconhecem nesse processo maior dificuldade, inerente à subjectividade do avaliador e da pessoa que transmite a informação, que não vive a experiência de dor. Acrescentam a estas dificuldades, a falta de uniformidade de avaliação, uma vez que a tomada de decisão não tem critérios precisos e objectivos, e as escalas utilizadas serem por vezes, redutoras.

As dificuldades de avaliação da dor na pessoa com défices cognitivos estão descritas, ao nível da dificuldade no acesso aos dados e a, por vezes, ausência de sinais clínicos de dor (Guarda, 2007; Foley e Mccutcheon, 2004). Por conseguinte, a literatura adverte os profissionais de saúde para uma especial atenção sobre os grupos vulneráveis, como as crianças, idosos e pessoas com défices cognitivos (Weitzel et al., 2011), pelo risco inerente de subvalorização da dor nestas situações (JCR e JCI, 2010; Macintyre et al., 2010).

Parecendo no discurso dos entrevistados, existirem algumas inseguranças no âmbito do diagnóstico em situações de existência de défices cognitivos, esta constitui uma área de investimento necessária, fundamentalmente ao nível da uniformização de critérios de avaliação.

No que reporta às escalas utilizadas, a partir dos dados estatísticos, figuram essencialmente a escala numérica e outras escalas, versando respectivamente, situações de inexistência de défices cognitivos e a sua existência.

As escalas que os enfermeiros utilizam em situações de défices cognitivos, são essencialmente a escala das faces e, mencionada exemplarmente, a escala do observador.

No que concerne a estes aspectos, também a literatura aponta estratégias dirigidas, que passam pela valorização de sinais clínicos de dor, a consideração das informações da pessoa significativa e a utilização de instrumentos de avaliação específicos (Guarda, 2007; MacIntyre et al., 2010; NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008).

Verificamos, no que versa a adequabilidade de utilização dos instrumentos de avaliação, a sua correcta aplicação pelos enfermeiros, conforme recomendado (JCR e JCI, 2010; Macintyre, et al., 2010; NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008).

Quando questionados acerca dos instrumentos que utilizam e dispõem para situações em que existem défices de comunicação, reportam-nos como suficientes, já que a tomada de decisão resulta de uma agregação de dados.

Quanto à existência de outros instrumentos de avaliação específicos para estas situações, referem a possibilidade de poderem constituir uma ferramenta que melhore o processo de diagnóstico e a uniformização de critérios de avaliação.

Não sendo claramente expressa pelos enfermeiros a utilidade clínica remetida aos instrumentos de avaliação, este constitui um elemento que valorizam para a tomada de decisão, o que é congruente com a literatura, que recomenda a sua utilização, alicerçada em critérios de rigor de decisão (Briggs, 2010; Cox, 2010; JCR e JCI, 2010; Macintyre, et al., 2010; OE, 2008).

Relativamente aos instrumentos de avaliação, verificamos que os enfermeiros conhecem os instrumentos disponíveis e apropriados às diferentes condições da pessoa, e usam-nos adequadamente. Reconhecem-lhes valor para o processo de tomada de decisão, pela uniformização de critérios de avaliação e rigor diagnóstico. Contudo parece-nos existir alguma insegurança ao nível da sua utilização em situações de existência de défices cognitivos, sendo um aspecto a considerar na definição de estratégias.

Emergindo nos aspectos alocados à identificação do diagnóstico, atendendo às particularidades do contexto, e versando a área de atendimento e turno, os dados estatísticos sugerem-nos que existem diferenças estatisticamente

significativas, essencialmente no que concerne à área de atendimento (χ^2 (4) = 0,0001). A área de cirurgia obteve a maior representatividade (7,1%; \underline{n} = 24), seguida da área de medicina (6,1%; \underline{n} = 21), atendimento geral (3,8%; \underline{n} = 13), observação de adultos (3,2%; \underline{n} = 11) e por último, a área de ortopedia (0,6%; \underline{n} = 2).

A leitura destes dados, na perspectiva dos enfermeiros, situa estas diferenças essencialmente, face à sobrecarga de trabalho, mais visível na área de “atendimento geral” e a prioridade para outros doentes graves, o que impele à definição de prioridades. Por outro lado, clarificam que neste sector, muitas das situações de dor têm uma prioridade clínica baixa (verde), não exigindo portanto um atendimento imediato, o que também não requer uma vigilância tão “apertada”. Atendendo a questões de prioridade de cuidados, este aspecto constitui também a razão da sua menor representatividade na documentação.

A sobrecarga de trabalho é descrita pelos enfermeiros, como mais visível nos turnos da manhã e da tarde, o que acaba por explicar a tendente representação menos significativa nestes turnos. O turno da manhã obteve o valor de 7,6% (\underline{n} = 26) e turno da tarde 5,9% (\underline{n} = 20).

Perante a maior representatividade dos dados do diagnóstico na área de cirurgia (7,1%; \underline{n} = 24) e medicina (6,1%; \underline{n} = 21), alocados a situações de gravidade clínica, os enfermeiros clarificam não ser de considerar tanto esta linearidade. A valorização e respectiva documentação são o resultado da agregação do factor “gravidade”, “tempo de permanência” e transição entre sectores e turnos, e fundamentalmente, a disponibilidade de tempo no acesso aos dados e respectiva documentação de cuidados.

A prática reproduzida a partir da documentação, alicerçada na interpretação efectuada pelos enfermeiros, permite-nos considerar que a concepção de cuidados é o resultado de diversos factores que a condicionam.

A exploração das barreiras ao adequado controlo da dor constituem importantes alicerces na definição de estratégias eficazes, constituindo argumento de vários estudos nesta área (Duignan e Dunn, 2009; Hogan, 2005; Teixeira e Yeng, 2006; Thomas, 2007) e no âmbito de organizações de sustentabilidade científica (JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2001).

Na especificidade do serviço de urgência, alguns estudos centrados no estudo das barreiras da prática clínica, clarificam que a responsabilidade para com outras situações, por vezes de maior gravidade, impele à definição de prioridades (Duignan e Dunn, 2009), o que também foi referido pelos enfermeiros no argumento da prática clínica.

Estes dados importam, no sentido de equacionar estratégias mais dirigidas e que prevejam as dificuldades enunciadas.

No âmbito das intervenções de enfermagem, figuram também, do ponto de vista dos dados reproduzidos da documentação, a prevalência das intervenções de carácter farmacológico sobre as não farmacológicas.

A intervenção autónoma “monitorizar a dor”, foi a mais representativa (92,9%, $n = 66$) seguida da intervenção interdependente “gerir analgésico” (11,2%, $n = 8$), obtendo as intervenções não farmacológicas o valor percentual de 2,8% ($n = 2$). Clarificam esta prática tendo por base, o tipo de dor mais frequente em etendimento urgente, sendo essencialmente a dor aguda.

A abordagem farmacológica está sugerida como medida primária para o controlo da dor (APS e NPC, 2006; Conion e Diamond, 1997; JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2001) contudo, as medidas não farmacológicas são também reconhecidas como de grande eficácia terapêutica e melhoria da qualidade de vida da pessoa (Eler e Jaques, 2006). Estas, habitualmente referenciadas como de complementaridade (Macintyre et al., 2010; NPC e JCAHO, 2003), estão enunciadas por outros autores, como intervenções autónomas de enfermagem (McCaffery e Beebe, 1992; OE, 2008; Oware-Gyekye, 2008).

Versando a visibilidade das intervenções não farmacológicas no âmbito da documentação, admitem por vezes a sua implementação, contudo nem sempre as documentam em virtude de não reflectirem sobre a sua importância, ou não as conceber como tal.

No domínio da acção independente, verificamos que na totalidade dos clientes em que foi identificado o diagnóstico ($n = 71$) e instituída terapêutica farmacológica, a intervenção “monitorizar a dor” foi implementada em 92,9% dos casos. Esta prática demonstra coerência no processo de enfermagem.

A utilização do processo de enfermagem é sugerida como directriz do planeamento e intervenção (Phaneuf, 2001), no garante de uma maior eficácia dos resultados (McCaffery e Beebe, 1992).

Os dados reproduzidos a partir da documentação, e a interpretação emitida pelos enfermeiros relativamente à intervenção de enfermagem, parecem denunciar alguma subvalorização das medidas não farmacológicas, o que nos remete para a necessidade de clarificação destes aspectos (Matthews e Malcolm, 2007), a considerar no âmbito das estratégias a definir. Também no âmbito das temáticas de formação descritas pelos enfermeiros, é sugerida a formação a este nível, o que denota alguma consciencialização desta lacuna.

Situando a análise no âmbito das barreiras à prática clínica, embora não figurando objectivamente a partir do conteúdo dos registos de enfermagem,

podemos contudo a partir da análise dos dados, inferir que se situam face ao diagnóstico de enfermagem (características definidoras), intervenção de enfermagem (medidas não farmacológicas) e documentação.

No que concerne ao diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros argumentam como barreiras, as relacionadas ao «contexto/estrutura», como a falta de tempo no acesso aos dados, a prioridade para outros doentes graves e a atribuição de outras tarefas que saem do seu âmbito de intervenção. Também os dados estatísticos apoiam este argumento, ao descreverem a área de “atendimento geral”, como uma das menos representativas da identificação do diagnóstico (3,8%; $n=239$), sendo caracterizada pelos enfermeiros, como a de maior afluência. Por outro lado, nesta área de atendimento, há uma maior frequência de situações de dor, de menor gravidade, podendo explicar a menor representatividade do diagnóstico, pela menor gravidade da dor.

Emergindo nos factores incritos no âmbito da «pessoa/cliente», reportam a, por vezes, falta de objectividade e precisão com que são transmitidos os dados, quer na existência ou não de défices cognitivos. Nas situações em que existem défices de comunicação, reportam uma maior dificuldade no acesso aos dados e no rigor do diagnóstico. Salientam também como limitações, a subjectividade implícita ao processo de avaliação e a falta de uniformidade de critérios.

No que reporta a este aspecto, também a literatura argumenta como lacuna, a falta de objectividade, ou mesmo a omissão de dados, relacionada com crenças e valores pessoais, reconhecendo neste aspecto uma área de investimento necessária (Hogan, 2005; JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2003). Na particularidade da pessoa com défices de comunicação, o diagnóstico está descrito como mais difícil, requerendo para o seu adequado acesso, conhecimentos e estratégias adequadas (Guarda, 2007; NPC e JCAHO, 2003; OE, 2008).

As barreiras relacionadas com os «profissionais» recaem sobre atitudes rotineiras, desvalorização da importância e rigor do exercício profissional.

Contudo importa reverter esta prática, no sentido em que os cuidados que os enfermeiros emprestam à pessoa com dor, são reconhecidos como de importância singular no sucesso da estratégia terapêutica (Blondal e Halldorsdottir, 2009).

No âmbito das barreiras, situadas na «intervenção de enfermagem», são claramente sub-valorizadas as terapêuticas não farmacológicas, sendo clarificada esta prática face à pouca eficiência destas medidas no âmbito da dor aguda, e pelo contexto não ser o apropriado à sua implementação. Admitem a sua realização em alguns casos, não a concebendo, por veze, como uma intervenção de alívio da dor o que acaba também por ser desvalorizado para efeitos do seu registo.

Relativamente a estes dados somos tendentes a interpretar um défice de conhecimentos e falta de sensibilização para a importância e efectividade das medidas não farmacológicas de alívio da dor (Matthews e Malcolm, 2007), sendo este um dado a considerar para efeitos da definição das linhas orientadoras de intervenção.

No âmbito da documentação, e dirigidas ao «contexto/estrutura», de um modo geral, as barreiras versam essencialmente os mesmos aspectos focados para o diagnóstico, com particular destaque sobre a falta de tempo e limitações no aplicativo informático, no que concerne à sua agilidade e ao acesso ao processo do cliente.

Contudo, centradas nos «profissionais», alguns enfermeiros admitem a falta de motivação, pela exigência que é pedida e a falta de visibilidade do trabalho que desenvolvem. Consideram também, a falta de hábito e a pouca valorização da documentação da informação.

Importa aqui reter, que existem condicionantes da documentação em contexto de urgência, quer centradas em aspectos da estrutura, concepção de cuidados, quer também devidas à importância que os próprios profissionais lhe atribuem (Duignan e Dunn, 2009; Hogan, 2005; Thomas, 2007). Contudo, a literatura adverte que a documentação da informação constitui um elemento chave, no sentido em que serve de suporte na monitorização de cuidados (Briggs, 2010; Grodin et al., 2001; Metzger et al., 2002; OE, 2008), constituindo também uma obrigação legal inscrita no âmbito das competências de enfermagem (McCaffery e Beebe, 1992; OE, 2003).

Os aspectos versados nestas questões pretendem perceber a razão para a acção dos enfermeiros e permitem-nos também ponderar a definição de estratégias centradas nessas dificuldades.

As estratégias foram abordadas prevendo a sua consideração no âmbito da definição das principais linhas orientadoras de intervenção. As estratégias sugeridas pelos enfermeiros versam essencialmente as barreiras reportadas, situando-se fundamentalmente em quatro domínios: no âmbito do «diagnóstico de enfermagem», ao nível da «intervenção de enfermagem», «documentação» da informação e ao nível da organização de saúde.

Ao nível do diagnóstico, e centradas nos «profissionais de saúde» são referidas como estratégias, essencialmente a sensibilização para o rigor do processo de tomada de decisão, através de formação dirigida (Al-Shaer, Hill e Anderson, 2011; JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2003). Versando a «pessoa/cliente», não manifestamente expressas, mas obtidas indutivamente, são admitidas a necessidade de maior clareza no processo de transmissão de dados,

quer perante as situações de inexistência de défices de comunicação, quer perante a sua presença (Hogan, 2005; NPC e JCAHO, 2003).

As barreiras centradas no «contexto/estrutura» versam fundamentalmente, a falta de tempo no acesso aos dados, decorrente da sobrecarga de trabalho por vezes existente e limitações do aplicativo informático, sendo sugeridas como estratégias, a adequação de recursos humanos e melhoria do desempenho técnico do aplicativo.

No âmbito da intervenção de enfermagem é sugerida, uma maior valorização/sensibilização das medidas não farmacológicas, por via da formação centrada nesses aspectos e a implementação de protocolos de analgesia que confirmem maior autonomia ao enfermeiro. Ao nível das medidas não farmacológicas de alívio da dor, inscritas no domínio de autonomia de enfermagem, a literatura referencia-as como uma mais-valia, constituindo uma importante ferramenta para o efectivo controlo da dor (Decosterd et al., 2007; Eler e Jaques, 2006; McCaffery e Beebe, 1992).

No que concerne à documentação da informação, centradas no «contexto/estrutura», são reportadas como estratégias, a adequação de recursos humanos e melhoria do aplicativo informático. Inerentes aos «profissionais», são sugeridas, a formação, no sentido da sensibilização para a importância da temática, com enfoque sobre a documentação dos cuidados (NPC e JCAHO, 2003).

No que concerne à formação, é quase consensual na maioria dos estudos que “tecem” considerações sobre a dor, que a falta de conhecimentos aos mais diversos níveis, e com particular destaque sobre o diagnóstico e intervenção, constituem a maior barreira no efectivo controlo da dor (Al-Shaer et al., 2011; Duignan e Dunn, 2009; JCR e JCI, 2010; Leão e Mendonça, 2008).

Ao nível organizacional são mencionadas como estratégias, a necessidade do desenvolvimento de uma cultura de investigação e uma maior valorização e reconhecimento do trabalho dos enfermeiros.

A adopção de uma cultura de qualidade e um envolvimento mais efectivo da instituição, por via da implementação de guidelines de boa prática, alicerçadas na evidência, estão descritas como medidas eficazes de garante da qualidade dos cuidados (NPC e JCAHO, 2003; Al-Shaer et al., 2011). O adequado controlo da dor está particularmente referenciado como uma importante meta para a melhoria da qualidades dos cuidados em serviços de urgência (Muntlin et al., 2010).

A identificação das barreiras da prática clínica constitui uma medida primária na delimitação da problemática e defenição de estratégias efectivas de melhoria da qualidade dos cuidados (Carlson, 2008; JCR e JCI, 2010; Willens, Depascale e Penny, 2010).

Apesar das limitações aqui expostas, os resultados emergentes da análise dos registos de enfermagem, no que versa as diferenças entre o primeiro e último valor da intensidade da dor, apontam para ganhos em saúde. Esta análise decorre da observação da redução dos scores de intensidade, entre o primeiro e o último valor de intensidade da dor e o estudo da correlação entre as duas variáveis, ($r_s = 0,39$; $N=71$; $p = 0,002$).

1.2 – Análise da Prática Clínica e Identificação das Principais Linhas Orientadoras da Intervenção

Terminado o estudo da prática clínica de enfermagem, a partir das duas metodologias, importa efectuar a sua análise, no sentido de serem identificadas as principais linhas orientadoras do plano de intervenção. Serão de considerar na sua elaboração, as referências de valor científico e que fornecem directrizes sólidas e sustentadas na evidência (Cox, 2010; DGS, 2003; JCR e JCI, 2010; Leão e Mendonça, 2008; McCaffery e Beebe, 1992; NPC e JCAHO, 2003; OE, 2008).

Os resultados do estudo sugerem-nos duas grandes áreas de investimento: ao nível da sensibilização e solidez dos conhecimentos na temática e ao nível das barreiras.

Na figura nº 2 e 3 encontram-se operacionalizadas as áreas de investimento, bem como as linhas orientadoras sugeridas para a intervenção. Na primeira coluna estão descritas as áreas de intervenção, na segunda, os indicadores emergentes do estudo e na terceira, as possíveis estratégias alicerçadas nos dados e suportes teóricos de referência.

Figura Nº 2: Problemática e principais linhas orientadoras de intervenção – Domínio do conhecimento

	Área de intervenção	Necessidades expressas/ manifestas	Linhas orientadoras de intervenção
Problemática	Características Definidoras	Lacunas na mensuração no enunciado e ao nível da recolha de dados	Sensibilização para a importância do rigor do diagnóstico Informação direccionada
	Normas de actuação preconizadas	Pouca solidez do conhecimento do conteúdo das normas de actuação	Reforço de informação direccionada, através de formação em serviço Realização de workshop no sentido da partilha de dúvidas
	Instrumentos de avaliação	Desconhecimento de instrumentos de avaliação (população idosa e com défices de comunicação)	Informação direccionada, através de formação em serviço
Conhecimentos	Valor da documentação	Pouca sensibilização para o valor da documentação	Workshop centrado no contributo da enfermagem nos cuidados à pessoa com dor e valor da documentação Reforço da componente legal da documentação
	Intervenção de enfermagem	Desvalorização das medidas não farmacológicas	Workshop centrado no contributo da enfermagem nos cuidados à pessoa com dor, com particular destaque sobre a intervenção de enfermagem

A informação disposta na figura nº 2 indica-nos que existem algumas inconformidades na prática de enfermagem, no âmbito do enunciado diagnóstico, conhecimento das normas de actuação recomendadas e instrumentos de avaliação para a população idosa e com défices de comunicação. É também denunciada alguma desvalorização da importância da documentação e das medidas não farmacológicas de alívio da dor.

A análise da prática clínica fornece-nos, neste sentido, directrizes na definição de estratégias dirigidas. As estratégias delineadas resultam da opinião dos enfermeiros e dos suportes teóricos de rigor científico na temática (Cox, 2010; DGS, 2003; JCR e JCI, 2010; Leão e Mendonça, 2008; McCaffery e Beebe, 1992; NPC e JCAHO, 2003; OE, 2008). Deste modo, sugerimos, para as primeiras três áreas enunciadas na figura, a formação teórica e sensibilização para a importância do rigor diagnóstico e do conhecimento das normas de boas práticas, com recurso a diferentes estratégias de formação. Relativamente aos domínios centrados no valor da documentação e intervenção de enfermagem, sugerimos uma estratégia mais interactiva com reflexão sobre os assuntos em análise.

Na figura nº 3 apresentamos as estratégias equacionadas para o domínio das barreiras da prática clínica.

Figura Nº 3: Problemática e principais linhas orientadoras de intervenção – Domínio das barreiras

		Área de intervenção	Necessidades expressas/ manifestas	Linhas orientadoras de intervenção
<div>Problemática</div> <div>↓</div> <div>Barreiras</div>	Contexto/estrutura	Recursos humanos insuficientes, sobrecarga de trabalho, limitações do aplicativo informático; libertação de tarefas de cariz burocrático	Divulgação das dificuldades junto dos órgãos de gestão	
	Pessoa/cliente	Falta de objectividade na descrição da dor na pessoa que comunica e dificuldades no diagnóstico na pessoa com défices cognitivos e de comunicação	Formação dirigida aos profissionais, no âmbito das situações especiais e elaboração documentos de apoio dirigidos aos clientes (elaboração de panfletos com a clarificação da informação necessária para o diagnóstico)	
	Profissionais	Pouca sensibilização para a valorização da dor na vertente da pessoa, das medidas não farmacológicas, normas de actuação preconizadas e prática baseada na evidência	Sensibilização/formação na temática com enfoque na vertente da importância do enfermeiro como elo de ligação e com poder de decisão clínica	
	Organizacionais	Falta de visibilidade e reconhecimento do trabalho dos enfermeiros	Reforço da problemática junto dos órgãos de gestão Desenvolvimento de uma cultura de investigação e reconhecimento do papel por via de uma política de incentivos Divulgação do trabalho nas jornadas da instituição	

O conteúdo da figura nº 3, elaborado a partir da análise da prática clínica de enfermagem, mostra-nos que existem barreiras da actuação de enfermagem. Estas são referidas, ao “contexto/estrutura”, à “pessoa/cliente”, aos profissionais de saúde e ao nível da organização institucional.

Versando as barreiras centradas na “pessoa/cliente”, sugerimos uma atitude mais interventiva dos enfermeiros, na educação da pessoa e na elaboração de suportes de apoio que possam facilitar diagnóstico. Quanto aos “profissionais de saúde”, uma vez que as lacunas versam défices de conhecimento e de sensibilização para a temática, sugerimos a formação dirigida nesse âmbito, com recurso a diferentes métodos de abordagem. A partir das opiniões dos enfermeiros e suportes teóricos de referência (Cox, 2010; DGS, 2003; JCR e JCI, 2010; Leão e Mendonça, 2008; McCaffery e Beebe, 1992; NPC e JCAHO, 2003; OE, 2008),

enunciamos como estratégia dirigida á organização de saúde, e centrada numa política de qualidade, uma maior proximidade entre os órgãos de gestão e decisão clínica, e os profissionais da prestação de cuidados, no sentido de serem percebidas as suas dificuldades e acolhidas as suas sugestões. Entendemos que esta poderá ser uma estratégia para um maior compromisso profissional das partes envolvidas, com consequentes ganhos em qualidade de cuidados e satisfação dos profissionais.

Sugerimos a implementação do plano estratégico, em contexto de formação em serviço, sendo o agendamento dos momentos de formação, planeado conforme disponibilidade dos participantes.

1.3 - Limitações do Estudo

Polite, Beck e Hungler (2004, p. 389) dizem-nos que *“os méritos de um estudo são tão importantes quanto as suas limitações na conclusão sobre o valor dos seus resultados”*.

Por conseguinte, faremos neste capítulo, uma breve reflexão crítica sobre o desenvolvimento do estudo, no que versa, os métodos utilizados, credibilidade dos resultados e implicações para a prática clínica.

No que concerne à validade interna e externa do estudo, este é relativo a um contexto particular de cuidados, pelo que os resultados reflectem unicamente, o contexto do serviço de urgência da instituição envolvida. A sua inscrição no domínio transversal versa a sua realização num dado momento, sendo, no presente estudo, o mês de Janeiro, pelo que leitura dos resultados se aplica apenas à época sazonal de Inverno (média de episódios e natureza dos episódios, por mês, são similares neste período).

A análise da prática clínica, a partir dos registos de enfermagem, com recurso à metodologia quantitativa, foi uma forma de a tornar visível. Contudo, esta poderá ter sido estratégia redutora da sua caracterização, no sentido em que muitas das acções de enfermagem, na perspectiva dos enfermeiros, não são documentadas.

Talvez a opção pela utilização combinada da metodologia quantitativa com o método da observação não participante, e durante um período temporal mais alargado, pudesse reproduzir outros resultados.

Na metodologia qualitativa, a análise da informação proveniente das entrevistas foi efectuada no cumprimento das normas de análise de conteúdo segundo Bardin (2009). Contudo, a pouca experiência e dificuldade do método,

poderá suscitar outras interpretações, que não as descritas neste trabalho. A inexperiência na realização das entrevistas constituiu também uma limitação, com maior dispêndio de tempo numa etapa inicial.

De referir ainda, a possibilidade dos dados não traduzirem fielmente a valorização da dor e documentação, no sentido em que a análise foi efectuada num período em que a utilização do aplicativo tinha apenas dois meses de utilização, pelo que, os dados em termos de documentação, possam versar algumas dificuldades, aliada à pouca experiência na sua utilização.

1.4 - Implicações do Estudo

O estudo aborda uma problemática central dos cuidados de enfermagem, estando os seus objectivos alicerçados na melhoria da qualidade de cuidados.

Com a sua realização foi possível, descrever a prática clínica de enfermagem, nos cuidados à pessoa com dor, num serviço de urgência e compreendê-la na perspectiva dos enfermeiros. Sob esta base, foram definidas as principais linhas orientadoras na definição de estratégias de melhoria da prática clínica

Os resultados obtidos apoiam a literatura, no que versa a prática clínica de enfermagem nos cuidados à pessoa com dor, em contextos similares. São descritas práticas semellantes ao nível das barreiras identificadas, e sugeridas estratégias que também foram enunciadas pelos enfermeiros (Duignan e Dunn, 2009; Eler e Pimenta, 2006; Silva e Pimenta, 2003; Oliveira, Silva e Leitão, 2010).

Tendo sido objectivo do estudo, reproduzir a prática clínica de enfermagem nos cuidados à pessoa com dor, e analisá-la na perspectiva dos enfermeiros, pensamos que a utilização dos dois métodos de pesquisa terá sido uma estratégia segura para conferir maior sustentabilidade aos resultados.

Sugere-se contudo, o desenvolvimento do estudo em outras realidades, no sentido da análise da utilidade do método e dos resultados produzidos em outros contextos. A implementação das medidas equacionadas neste estudo, para o plano de intervenção, seria de considerar, no sentido de avaliar a sua adequabilidade e eficácia na melhoria da prática clínica.

CONCLUSÃO

Dando por concluído o presente trabalho de investigação, importa efectuar uma análise crítica do percurso efectuado, desde projecto enquanto ideia, até aos próprios resultados e contributos da experiência.

Em resposta ao objectivo centrado no desenvolvimento de competências de investigação, apontamos neste estadio, as considerações assumidas por diversos autores ao longo deste trabalho, e que remetem a esta disciplina, exigências do ponto de vista da organização, consistência e rigor de métodos.

Assumir a investigação nos princípios que a regem implica, vinculação, persistência e acima de tudo seriedade e vontade de produzir conhecimentos sólidos e sustentados.

Quanto ao percurso de investigação, de salientar, que a elaboração de um projecto prévio onde se delineiam os passos e decidem os instrumentos e recursos necessários, é crucial no âmbito do sucesso desse mesmo percurso.

A opção pela utilização combinada dos dois métodos de investigação, foi na nossa perspectiva uma mais-valia, no âmbito da obtenção de resultados e conclusões mais sólidas, tendo desta forma sido possível atingir os objectivos pensados e responder às questões de investigação, salvaguardando, contudo as limitações do estudo. De referir ainda, que as opções metodológicas, métodos e instrumentos utilizados parecem-nos ter sido apropriados para dar resposta aos objectivos do trabalho.

No âmbito dos principais resultados concluímos que, a dor não figura na documentação de enfermagem como o 5º sinal vital. Quanto aos conhecimentos, verificamos que os enfermeiros manifestam ter conhecimentos sobre a temática, nos domínios da fisiopatologia da dor, das repercussões do inadequado controlo da dor, terapêutica farmacológica e não farmacológica. Tomam decisões, ponderadas e seguras, no que concerne ao diagnóstico, utilizando adequadamente os instrumentos de avaliação.

Contudo, existem incoerências na construção do enunciado do diagnóstico, no que versa as características definidoras; fragilidades no processo de tomada de decisão, perante a existência de défices cognitivos e de comunicação, e ao nível da intervenção de enfermagem, nomeadamente na implementação e valorização das

medidas não farmacológicas de alívio da dor. Quanto ao processo de enfermagem, existe coerência na sequência e cumprimento das suas etapas.

A prática apresentada pelos enfermeiros neste contexto de cuidados, não se afasta em muito da presente em contextos similares, contudo distancia-se em certa medida daquilo que constituem alguns dos princípios éticos e exigências profissionais, e que passam pela valorização incondicional da experiência de dor, avaliação como o 5º sinal vital e pela efectivação da documentação dos dados.

A concepção de cuidados reproduzida a partir do presente estudo de investigação deve ser analisada atendendo às barreiras que a condicionam.

Estas situam-se, a vários níveis, sendo reportadas à estrutura (condições de trabalho, meios técnicos e humanos), aos profissionais (pouca solidez de conhecimentos no âmbito do rigor do enunciado do diagnóstico, directrizes de actuação preconizadas e valor da documentação), à pessoa (dificuldade na objectivação das queixas, limitações na comunicação e cognição) e ao nível organizacional (falta de visibilidade e valorização do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, pouca aproximação entre os órgãos de decisão e profissionais da prestação de cuidados, no que concerne à tomada de decisão sobre as práticas).

Parece-nos que as estratégias recaem sobre dois pontos principais: ao nível dos conhecimentos, sendo aqui sugerida como estratégia, a formação com possível recurso a diferentes estratégias; e ao nível das barreiras da prática clínica de enfermagem. As estratégias dirigidas a este segundo ponto, versam globalmente, a formação dirigida aos profissionais e clientes, no sentido de ambos assumirem responsabilidades no processo de tomada de decisão, sendo ao nível institucional, sugerida uma maior aproximação entre decisores e enfermeiros da prática, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O estudo das barreiras que influenciam a prática clínica de enfermagem nos cuidados à dor, foi um objectivo conseguido, tendo permitido compreendê-la nesse contexto. Este elemento constituiu uma mais-valia na definição de linhas orientadoras de intervenção, prevendo as dificuldades manifestas e as norteadas também pelos referenciais teóricos de sustentabilidade científica na área.

Em jeito de conclusão, a literatura argumenta que a monitorização e avaliação dos cuidados de saúde constituem uma condição necessária na identificação de problemas efectivos e garante da eficácia na tomada de decisão sobre estratégias adequadas (Fry et al., 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKBAS, M.; ÖZTUNÇ, G.-. Examination of Knowledge About and Nursing Interventions for the Care of Patients in Pain of Nurses Who Work at Çukurova University Medical Faculty Balcali Hospital. *Pain Management Nursing* . September de 2008, Vol. 9, pp. 88-95.

AL-SHAER, D.; HILL, P. D.; ANDERSON, M. A. -. Nurses Knowledge and Attitudes Regarding Pain assessment and Intervention. *MEDSURG Nursing*. January-February de 2011, Vol. 20, pp. 7-11.

AQUINO, C. R.; GIAPONESI, A. L. L.; SANTOS, I. N. – Enfermagem e Acreditação Hospitalar . In Leão [et al.] - *Qualidade em Saúde e Indicadores Como Ferramenta de Gestão*. São Paulo: Yiendis, 2008. ISBN: 978-857728-082-7. p. 310.

AMERICAN PAIN SOCIETY E NATIONAL PHARMACEUTICAL CONCIL. Pain: Current Understanding of Assessment, Management and Treatments. 2006, p. 96.

BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Coimbra: Edições 70, 2009. ISBN: 978-972-44-1154-5. p. 279.

BATALHA, L.; SANTOS, A.; GUIMARÃES, H. - Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2005, Vol. 36, pp. 201-207.

BIBLE, D. - Pain Assessmet at Nurse Triage: A literature Review. *Emergency Nurse*. 2006, Vol. 14, pp. 1-4.

BLONDAL, K. E HALLDORSOTTIR, S. - The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2009, Vol. 18, pp. 2897–2906.

BRIGGS, E. - Assessment and expression of pain. *Art e Science Pain series:2. Nursing Standart*. 2010, Vol. 25, pp. 35-38.

BURNS, N.; GROVE, S. K. - *Investigación en Enfermería*. Tercera Edición. Espanã: ELSEVIER, 2004. ISBN: 84-8174-720-3. pp. 554.

BRYANT, H. -. Pain: a multifaceted phenomenon. *Emergency Nurse*. March de 2007, Vol. 14, pp. 6-10.

BRUNSE, M. H., [et al]. -. Examination of musculoskeletal chest pain - An inter-observer reliability study. *Manual Therapy*. 2010, Vol. 15, pp. 167-172.

CARLSON, C: - Development and testing of four instruments to assess prior conditions that influence nurses' adoption of evidence-based pain management practices. *Journal of Advanced Nursing*. 2008, Vol. 64, pp. 632–643.

CASTRO-LOPES, [et al]. - *Pain Proposal - A dor Crónica em Portugal*. Portugal: [s.n.], 2010. p. 12.

CLEELAND, C. S.; RYAN, K. M. - Pain Assessment: Global Use of Brief Pain Inventory. *Annals of de Academy of Medicine*. 1994, Vol. 23, pp. 129-138.

COKER, E., [et al.] - Nurses perceived barriers to optimal pain management in older adults on acut medical units. *Applied Nursing Research*. 2010, Vol. 23, pp. 139-146.

CONION, S. W.; DIAMOND, A. W. - *Controlo da Dor*. Lisboa: CLIMEPSI, 1997. ISBN: 932-97250-6-3. p. 143.

COX, F. - Basic principles of pain mangement: assessment and intervention. *Nursing Standart*. February de 2010, Vol. 25, pp. 36-39.

CRAIG, J. V.; SMYTH, R. L. - *Prática Baseada na Evidência: Manual Para Enfermeiros*. LOURES : LUSOCIÊNCIA, 2004. ISBN: 972-8383-61-4. p. 301.

CRESWELL, J.W.; MILLER, D.L. - Determining Validity in Qualitative Inquiry. *THEORY INTO PRACTICE*,. 2000, Vol. 39, pp. 124-130.

CRESWELL, J. W. E CLARK, P. -. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Inited States of America: SAGE Publications, 2007. ISBN: 1-4129-2791-9.p. 274.

DAGIELY, S.; MASS, J. P. - An Algorithm for Triaging Commonly Missed Causes of Acute Abdominal Pain. *Journal of Emergency Nursing*. 2010, Vol. 32, pp. 91-93.

DAVOUDI, N., AFSHARZADEH, P.; MOHAMMADALIZADEH, S. - A comparison of patients` and nurses` assessments of pain intensity in patients with coronary artery disease. *International Journal of Nursing Praticice*. 2008, Vol. 14, pp. 347-356.

DECOSTERD, L., [et al.] - Oligoanalgesia in the emergency department: Short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Ann Emerg Med*. 2007, Vol. 50, pp. 462-471.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - A dor como 5º Sinal Vital: Registo Sistemático da Intensidade da Dor. [Online] 2003. [Citação: 11 de Dezembro de 2010.] www.dgsaude.pt.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Circular Normativa: Programa Nacional de Controlo da Dor. 2008, pp. 1-16.

DIAMOND, A. W.; CONIAN, S. W. - *Controlo da Dor*. LISBOA: CLIMEPSI, 1997. ISBN: 972-97250-6-3. p. 143.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. - *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. São Paulo: Artmed, 2008. ISBN: 978-85-363-0994-1. p. 938

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. F. - *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um texto interactivo*. Lisboa: Lusodidacta,1992. ISBN: 972-95399-4-4. p.252

DONABEDIAN, A. -. The Quality of Care: How Can it Be Assessed? *JAMA*. 1988, Vol. 260, pp. 1743-1748.

DONABEDIAN, A.; [ed.] BASHSHUR, R. -. *An introduction to quality assurance in health care*. Toronto: Oxford, 2003. ISBN: 0195158091 9780195158090.

DUIGNAN, M.; DUNN, V.- Perceived Barriers to Pain Management. *Emergency Nurse*. February de 2009, Vol. 16, pp. 31-35.

DUIGNAN, M.; DIP; DUNN, V. - Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A Replication. *International Emergency Nursing*. 2008, Vol. 16, pp. 23-28.

ELER, G. J.; JAQUES, A. E. - O enfermeiro e as Terapias Complementares para o Alívio da Dor. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar. Umuarama*. 2006, Vol. 10, pp. 185-190.

FERNANDES, A. - *Crianças com dor: O quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto, 2000. ISBN-972-85-35-49-X. pp.284

FOLEY, D. C.; MCCUTCHEON, H. -. Detecting pain in people with an intellectual disability. *Accident and Emergency Nursing*. 2004, Vol. 12, pp. 196–200.

FORTIN, M. F. - *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: LUSODIDACTA. 2009. ISBN: 938-989-8075-18-5. p. 581.

FRY, M., [et al.]. - An Australian Audit of ED Pain Management Patterns. *Journal of Emergency Nursing*. 2011, Vol. 37, pp. 269-274.

GAWTHORNE, J., [et al.] - Implementation of a Guideline to Improve Prescription of Analgesia for Adult Trauma Patients in an Emergency Department. *Australian Emergency Nursing*. 2010, Vol. 13, pp. 25-29.

GERRISH, K.; LACEY, A. - *The Research Process in Nursing*. Sixth Edition Oxford. Wiley- Blackwell, 2010. ISBN: 978-1-4051-9048-0. p. 568.

GRAY, D. E. -. *Doing Research in the Real World*. 2nd. California: SAGE Publications. 2009. 971-1-8478-7-336-1. p. 596.

GREENE, J. C. -. *Mixed Methods in Social Inquiry*. First. United States of America: San Francisco, Ed. by Jossey-Bass, C. A. ISBN: 200713:978-0-7879-8382-6. p. 185.

GRONDIN, L., [et al.]. - *Planificação dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget, 1992. ISBN: 9789729295188. pp. 346

GUARDA, H. - Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não comunicante Verbalmente - Escala Doloplus 2. *Dor*. 2007, Vol. 15.

HERR, K.; TITLER, M.; CITY, L. - Acute Pain Assessment and Pharmacological Management Practices for the Older Adult With a Hip Fracture: Review of ED Trends. *Journal of Emergency Nursing*. 2009, Vol. 35, pp. 312-320.

HESSE - BIBER, S. N. - *Mixed Methods Research - Merging Theory With Practice*. New York: Guilford Press, 2010. p. 242. ISBN: 978-1-60623-259-0.

HILL, M. M.; HILL, A. - *Investigação por Questionário*. Lisboa: SÍLABO, 2002. ISBN: 972-618-273-5. p. 375.

HOGAN, L. S. - Patient Satisfaction With Pain Management in the Emergency Department. *Top Emerg Med*. 2005, Vol. 27, pp. 284-294.

HOUSER, J. -. *Nursing Research, Reading, Using, and Creating Evidence*. United States of America: Jones and Battlet Publishers, 2008. 13: 978-0-7637-4267-6. p. 586.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE PAIN (IASP) - Assess the person, not just the pain. *PAIN: Clinical Updates*. 1993, Vol. 1. P. 1-8

—. Declaration of Montréal: Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right. *iasp*. [Online] 2010. [Citação: 11 de Dezembro de 2010.] www.iasp-pain.org.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). - *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Geneva. International Concil of Nurses, 2006. ISBN: 92-95040-36-8. P. 189.

JACKSON, S. E.; ELIZABETH, N. J. - The Efficacy of an Educational Intervention on Documentation of Pain Management for the Elderly Patient With a Hip Fracture in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. 2010, Vol. 36, pp. 10-15.

JICK, T. D. - Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*. 1979, Vol. 24, pp. 602-611.

JOINT COMMISSION RESOURCES E JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. -. Approaches to Pain Management - An Essential Guide to Clinical Leaders. *Joint Commission Resources*. Second Edition, 2010, pp. 1-168.

KIM, H. S.; SJOSTROM, B.; SCHWARTZ-BARCOTT, D. - Pain Assessment in the Perspective of Action Science. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 2006, Vol. 20, pp. 215-227.

KING, N. E HORROCKS, C. 2010. *Interviews in Qualitative Research*. California: SAGE Publications, 2010. ISBN: 978-1-4129-1256-0. p. 248.

LANDIN, F. L. P., [et al.] - Uma Reflexão Sobre as Abordagens em Pesquisa com Ênfase na Integração Qualitativa-Quantitativa. *RBPS*. 2006, Vol. 19, pp. 53-58.

LEÃO, E. R.; MENDONÇA, S. H. F. - Indicadores de Gerenciamento da Dor em Adultos. In: Leão [et al.] - *Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão*. São Paulo: Yendis, 2008, p. 301.

LEE, G.; SMITH, S.; JENNINGS, N. - Low acuity abdominal pain in the Emergency Department: Still a long wait. *International Emergency Nursing*. 2008, Vol. 16, pp. 94-100.

LOISELLE, C., [et al.] - *Canadian Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: The Point, 2010. ISBN: 9781605477299/978160547729. p. 501.

LOME, B. - Acute Pain and the Critical ill Trauma Patients. *Crit Care Nurs Q*. 2005, Vol. 28, p. 200-207.

LUI, L. Y. Y., SO, W. K. E FONG, D. Y. T. -. Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. *Journal of Clinical Nursing*. 2008, Vol. 17, pp. 2014-2021.

MACINTYRE, P. E., [et al.] - *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2010. ISBN: 978-0-977517-4-4-2. pp. 540.

MACNEE, C. L.; MACABE, S.- *Understanding Nursing Research: Reading and Using Research in Evidence Based Practice*. Second edition. Philadelphia: The Point, 2008. ISBN: 978-0-7817-431-0. p. 431.

MATTHEWS, E.; MALCOLM, C. - Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. *British Journal of Nursing*. December de 2007, Vol. 16, pp. 174-179.

MCCAFFERY, M.; BEEBE, A. - *Dolor, Manual Clínico para la Práctica de Enfermería*. Barcelona: SALVAT, 1992.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. - *Bases Teóricas Para a Enfermagem*. 2ª Edição. São Paulo: Artmed, 2007. ISBN: 978-0-7817-6283-0. p. 563.

MCMILLAN, S. C., [et al.] - Training Pain Resource Nurses: Changes in Their Knowledge and Attitudes. *Oncology Nursing Forum*. 2005, Vol. 32, pp. 835-842.

- MELZACK, R. - The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methodes. *Pain*. 1975, Vol. 1, pp. 277-279.
- METZGER, C., [et al.] - *Cuidados de Enfermagem e Dor - Avaliação da dor, Modalidades de tratamento e Psicologia do doente*. Camarate: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-32-0.p. 300.
- MOORHEAD, S.; MAAS, M. J. M. -. *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 3ª ed. São Paulo: Artmed, 2008. ISBN: 9780323023917. p. 851.
- MORSE, J. M. - Principles of mixed methods and multimethod research design. Ed. by Tashakkori, A.; Teddlie, C.- *Handbook of Mixed Methods in Social et behavioral Research*. California: Sage publication, 2003, p. 759.
- MORSE, J. - Approaches to qualitative - quantitative methodological traingulation. *Nursing Research*. 1991, Vol. 40, pp. 120-132.
- MUNTLIN, A., [et al.] - Barriers to change hindering quality improvement: the reality of emergency care. *Journal of Emerg Nurs*. July de 2010, Vol. 36, pp. 317-23.
- NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL (NPC) E JOINT COMMISSION ACCREDITATION ON HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO). - *Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments*. s.l.: INC, 2001. p. 91.
- .*Improving the Quality of Pain Management Through Measurement and Action*. s.l.: INC. 2003. p. 99.
- NEVES, J. L. - Pesquisa Qualitativa - Características, Usos e Possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*. 1996, Vol. 1, pp. 1-5.
- OLIVEIRA, R. M.; SILVA, L. M. S.; LEITÃO, I. M. T. A. - Análise dos saberes e Práticas de enfermeiras sobre a avaliação da dor no contexto hospitalar. *Rev enferm UFPE*. July de 2010, Vol. 4, pp. 53-61.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. 2001, p. 16.
- .*Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Conselho de Enfermagem*. 2003, p. 24.
- .*Dor: Guia Orientador de boa Prática. Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 2008, pp. 1-51.
- OWARE-GYEKYE, F. - Pain Mangement: The Role of Nurse. *West African Journal of Nursing*. May de 2008, Vol. 19, pp. 50-54.
- PAIVA, A. - *Sistemas de Informação em Enfermagem*. Porto: Formasau. 2006. ISBN: 978-972-84-85-76-4.
- PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. -. Dor: Quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Abr-Junh de 2006, Vol. 15, pp. 270-276.
- PEREIRA, A. – *SPSS: Guia Prático de Utilização – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Edições Sílabo 2008 ISBN: 978-972-618-510-9. pp.243.
- PEREIRA, F. - *Informação e Qualidade em Saúde*. Coimbra: Formasau 2009. ISBN: 978-989-8269-06-5. pp. 209.

PHANEUF, M. - *Planificação de Cuidados, um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto. 2001. ISBN: 972-8535-78-3. p. 423.

PIERCE, M. A., [et al.] - The Chest Pain Choice trial: a pilot randomized trial of a decision aid for patients with chest pain in the emergency department. *BioMed Central*. 2010, Vol. 11, p. 2-8.

PLANO-CLARCK, V. L.; CRESWELL, J. W. - *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Second. United States of America: SAGE Publications, 2011. ISBN: 978-1-4129-7517-9. p. 443.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. - *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. [ed.] Kluwer Wolters. 8ª edition. United States of America: The Point, 2008. ISBN:978-0-7817-9468-8. pp.777.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª. S.Paulo: ARTMED, 2004. ISBN: 0-7817-2557-7. p. 469.

POZGAR, G. D. 2010. *Legal and Ethical Issues for health professionals*. United States: Jones and Bartlett Publishers, 2010. ISBN: 979-0-7637-6473-9.p. 378.

QUIVY, C.; CAMPENHOUT, L. V. - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva 1998.

RIBEIRO, A. L.; CARDOSO, A. - Dor: um foco da prática dos enfermeiros. *Revista DOR*. 2007, Vol. 15, pp. 6-15.

SCHEUERMEYER, F. X., [et al.] - Safety of Assessment of Patients With Potencial Ischemic Chest Pain in an Emergency Department Waiting Room: A Prospective Comparative Cohort Study. *Annals of Emergency Medicine*. 2010, Vol. 56, pp. 445-468.

SILVA, Y. B.; PIMENTA, C. A. M. - Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2003, Vol. 37, pp. 109-18.

SILVA, C. P. R.; NORA, A. M. - Indicadores de Qualidade. In. Leão, et al. - *Qualidade em Saúde e indicadores como Ferramenta de Gestão*. Brasil Yendis, 2008, pp. 1-13.

SOUSA, V. D., DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. S. - Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para a Enfermagem, parte 1: Desenhos de Pesquisa Quantitativa. *Rev Latino-am Enfermagem* . Maio-Junho de 2007, Vol. 15, pp. 1-6.

SPEZIALE-STREUBERT, H. J.; STREUBERT, H.; CARPENTER, R. D. - *Qualitative Research in Nursing*. Fifth edition. China: Leppincott Williams e Wilkins, 2010.. ISBN: 978-07817-9600-2. p. 496.

STALNIKOWICZ, R., [et al.] -. Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005, Vol. 17, pp. 173-176.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. - *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. LOURES: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-29-0.

TEIXEIRA, M. J.; YENG, I. T. - Avaliação da Dor. In. TEIXEIRA, M. J. - *Dor: Manual para o Clínico*. S. Paulo: Atheneu, 2007. ISBN: 8573798505 9788573798500. p.584.

THOMAS, T. - Providing pain relief for patients in the emergency departments. *Nursin Standart*. 2007, Vol. 22, pp. 41-45.

TRAUTMAN, D. - Controlo da Dor. In. Sheehy, S. - *Enfermagem de Urgência Da Teoria à Prática*. Loures. Lusociência. 2001. ISBN: 972-8383-16-9. pp. 847.

TSAI, F. C., ET AL. 2007. Emergency Nurses Knowledge of Perceived Barriers in Pain Management in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2007, Vol. 16, pp. 2088-2095.

TURATO, E. R. - Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: definições, diferenças e seus objectivos de pesquisa. *Rev de Saúde Pública*. 2005, Vol. 3, pp. 507-514

VALÉRIA DE PAULA, C. - Actuação de Enfermagem em doentes com Dor. In. Teixeira. M.J. - *Dor: Manual para o Clínico*. S.Paulo: Atheneu, 2006. ISBN: 8573798505 9788573798500. p. 584.

VEENEMA, T. G. - *Disaster Nursing and Emergency Preparedness for Chemical, Biological, and Terrorism and other Hazards*. Second edition. New York: Springer Publissing Company, 2007. 13:978-0-8261-2144-8. p. 637.

WARE, L. J., [et al.] - Patient Advocacy by Pain Mangement Nurse: Results of the American Society for Pain mangement Nursing Survey. *Pain Management Nursing*. 2011, Vol. 12, pp. 25-32.

WEITZEL, T., [et al.] - The Special Needs of the Hospitalized Patient with Dementia. *Medsurg Nursing*. January-February de 2011, Vol. 20, pp. 13-19.

WILLENS, J. S.; DEPASCALE, C.; PENNY, J. - Role Delineation Study for the American Society for Pain Management Nursing. *Pain Mangement Nursing*. June de 2010, Vol. 11, pp. 68-75.

WILSON, B. - Nurses' knowledge of pain. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 2007, pp. 2012-2020.

ZHANG, C. H., [et al.] - Effects of a Pain Education Program on Nurses Pain Knowledge, Attitudes and Pain Assessment Pratices in China. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008, Vol. 36, pp. 616-627.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de colheita de dados

Variáveis	Valores da variável	Dados	Observações	Dados	Observações	Dados	Observações
Episódio de urgência	Numérico						
Sexo	a)Feminino b) Masculino						
Idade	Numérica						
Motivo de urgência (queixa de triagem de Manchester)	a) Dor aguda b)Agudização da dor crónica c)Dor abdominal d)Dor torácica e)Dor lombar f) Dor muscular g)Dor óssea h) Dor oncológica h) Outra Qual: _____						
Antecedentes de saúde relacionados com o episódio de urgência	a) Trauma b) Dor crónica c) Patologia cardíaca d) Patologia gástrica e) Patologia Pulmonar f) Doença oncológica g) Cirurgia prévia h) Doença ósteo-articular i) Outra Qual: _____ j) Sem antecedentes						
Capacidade de expressão	a) Sim b) Não c) Não mencionado						
Factores relacionados com a incapacidade de expressão	a) Trauma maxilo-facial b) Paralisia cerebral c) Processo demencial d) Deficit cognitivo secundário a AVC c) Afasia d) Alzheimer e) Outra Qual: _____						
Prioridade clínica	a) Laranja b) Amarelo c) Verde d) Azul						
Área onde recebe cuidados	a) Atendimento geral b) Cirurgia c)Ortopedia d) Medicina Interna e) OBS Adultos						
Tempo de permanência na urgência	Numérico						
1º Valor da intensidade da dor (triagem Manchester)	Numérico						

Variáveis	Valores da variável	Dados	Observações	Dados	Observações	Dados	Observações
Identificação do diagnóstico após queixa de triagem de Manchester	a) Sim b) Não						
Forma de acesso ao diagnóstico	a) Enunciado CIPE b) Acesso inferencial						
Características definidoras	a) Localização b) Duração c) Qualidade d) Frequência e) Intensidade f) Factores de alívio/agravamento g) Impacto nas AVDs h) Condições de saúde associadas						
Localização	a) Cabeça, lado direito b) Cabeça, lado esquerdo c) Tórax, lado direito d) Tórax, lado esquerdo e) Perna, lado direito f) Perna lado esquerdo g) Braço, lado direito h) Braço lado esquerdo i) Coluna j) Abdómen, lado direito l) Abdómen lado esquerdo m) Outra Qual: _____ n) Não identificado						
Duração	a) Aguda b) Crónica c) Não identificado						
Qualidade	a) Lancinante b) Tipo picada c) Tipo aperto d) Tipo pontada e) Outro Qual: _____ f) Não identificada						
Frequência	a) Contínua b) Intermitente c) Não identificada						
Intensidade	a) Valor numérico b) Não identificado						

Variáveis	Valores da variável	Dados	Observações	Dados	Observações	Dados	Observações
Factores de alívio	a) Posicionamento b) Massagem c) Repouso d) Compressão local e) Outra Qual: _____ f) Não identificado						
Factores de agravamento	a) Posicionamento b) Massagem c) Repouso d) Compressão local e) Outra Qual: _____ f) Não identificado						
Impacto nas AVDs	a) Limitação na marcha b) Insónia c) Alteração do apetite d) Incapacidade laboral e) Outra Qual: _____ f) Não identificado						
Monitorizar a dor	a) Sim b) Não						
Nº Vezes em que foi efectuada a intervenção monitorizar a dor	a) Valor numérico b) Não registado						
Executar técnica não farmacológica de alívio da dor	a) Posicionamento b) Confortar o doente c) Massagem d) Outra Qual: _____ e) Não identificada						
Nº de vezes em que foi efectuada técnica não farmacológica	Numérica						
Reavaliação quantitativa após intervenção não farmacológica	a) Numérico c) Não registado						
Reavaliação qualitativa após intervenção não farmacológica	a) Melhorou b) Piorou c) Outro Qual: _____ d) Não registado						

Variáveis	Valores da variável	Dados	Observações	Dados	Observações	Dados	Observações
Nº de vezes que foi efectuada a reavaliação qualitativa após intervenção não farmacológica	Numérico						
Reavaliação quantitativa após intervenção farmacológica	a) Numérico c) Não registado						
Reavaliação qualitativa após intervenção farmacológica	a) Melhorou b) Piorou c) Outra :Qual:____ d) Não registado						
Nº de vezes que foi efectuada a reavaliação qualitativa após intervenção farmacológica	Numérico						
Gerir analgésico em SOS	a) Sim b) Não c) Não registado						
Nº de vezes que foi efectuada a intervenção “gerir analgésico”	Numérico						

ANEXO II

Quadro de operacionalização das variáveis

	Descrição das variáveis	Valores que pode assumir A variável	Tipo de variável	Observações
Variáveis de caracterização da pessoa	Nº do episódio de urgência	Numérico	Quantitativa contínua	
	Sexo	a) Feminino b) Masculino	Qualitativa, Nominal dicotômica	
	Idade	Numérica	Quantitativa contínua	Calculada através da diferença entre o ano actual e o ano de nascimento da pessoa
	Motivo de urgência (queixa de triagem de Manchester)	a) Dor aguda b) Agudização da dor crónica c) Dor abdominal d) Dor torácica e) Dor lombar f) Dor muscular g) Dor óssea h) Dor oncológica h) Outra Qual: _____	Qualitativa nominal dicotômica	Em todas as alíneas deve ser identificado juntamente ao tipo de dor, a sua etiologia: traumática / não traumática
	Antecedentes de saúde relacionados com o episódio de urgência	a) Trauma b) Dor crónica c) Patologia cardíaca d) Patologia gástrica e) Patologia Pulmonar f) Doença oncológica g) Cirurgia prévia h) Doença ósteo-articular i) Outra Qual: _____ j) Sem antecedentes	Qualitativa Nominal	Determina o contexto de aparecimento da dor
	Capacidade de expressão	a) Sim b) Não c) Não mencionado	Qualitativa, Nominal dicotômica	
	Factores relacionados com a incapacidade de expressão	a) Trauma maxilo-facial b) Paralisia cerebral c) Processo demencial d) Deficit cognitivo secundário a AVC c) Afasia d) Alzheimer e) Outra Qual: _____	Qualitativa Nominal	A opção e) deve ser assinalada se for descrita outro factor relacionado com a incapacidade de expressão. Posteriormente serão agrupados em categorias conforme as respostas obtidas.
	Prioridade clínica	a) Laranja b) Amarelo c) Verde d) Azul	Qualitativa Nominal	Referente à prioridade clínica decorrente do processo de Triagem de Manchester
Variável contexto	Área onde recebe cuidados	a) Atendimento geral b) Cirurgia c) Ortopedia d) Medicina Interna e) OBS Adultos	Qualitativa Nominal	Identifica a área da urgência onde a pessoa recebe atendimento
	Tempo de permanência na urgência	Numérico	Quantitativa contínua	Expresso em horas ou dias
	1º Valor da intensidade da dor (triagem Manchester)	Numérico	Quantitativa continua	Atribuir valor de 0-10

	Descrição das variáveis	Valores da variável	Mensuração da variável	Observações
Enunciado do Diagnóstico	Identificação do diagnóstico	a) Enunciado CIPE b) Acesso inferencial	Qualitativa Nominal	A opção b) deve ser assinalada sempre que o acesso ao diagnóstico decorra da associação de dados descritos nas notas de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem	Identificação do diagnóstico após queixa de triagem de Manchester	a) Sim b) Não	Qualitativa Nominal	Corresponde á 1º identificação do diagnóstico de dor pelo enfermeiro, na área de atendimento onde a pessoa recebe cuidados após triagem
	Características definidoras	a) Localização b) Duração c) Qualidade d) Frequência e) Intensidade f) Factores de alívio/agravamento g) Impacto nas AVDs h) Condições de saúde associadas	Qualitativa Nominal	Podem estar associadas mais que uma opção. Dever ser identificadas todas as características definidoras mencionadas.
	Localização	a) Cabeça, lado direito b) Cabeça, lado esquerdo c) Tórax, lado direito d) Tórax, lado esquerdo e) Perna, lado direito f) Perna lado esquerdo g) Braço, lado direito h) Braço lado esquerdo i) Coluna j) Abdómen, lado direito l) Abdómen lado esquerdo m) Outra Qual: _____ n) Não identificado	Qualitativa, Nominal	A opção g) deve ser assinalada se for descrita outra localização da dor. Posteriormente serão agrupadas em categorias conforme as respostas obtidas.
	Duração	a) Aguda b) Crónica c) Não identificado	Qualitativa, Nominal dicotómica	
	Qualidade	a) Lancinante b) Tipo picada c) Tipo aperto d) Tipo pontada e) Outro Qual: _____ f) Não identificada	Qualitativa Nominal	A opção e) deve ser assinalada se for descrita outra localização da dor. Posteriormente serão agrupadas em categorias conforme as respostas obtidas.
	Frequência	a) Contínua b) Intermitente c) Não identificada	Qualitativa, Nominal dicotómica	
	Intensidade	a) Valor numérico b) Não identificado	Quantitativa contínua	Qualquer escala de dor utilizada é transformada em valor numérico. Atribuir valor de 0-10

	Descrição das variáveis	Valores que pode assumir A variável	Tipo de variável	Observações
Diagnóstico de enfermagem	Factores de alívio	a) Posicionamento b) Massagem c) Repouso d) Compressão local e) Outra Qual: _____ f) Não identificado	Qualitativa Nominal	A opção e) deve ser assinalada se for descrita outra localização da dor. Posteriormente serão agrupadas em categorias conforme as respostas obtidas.
	Factores de agravamento	a) Posicionamento b) Massagem c) Repouso d) Compressão local e) Outra Qual: _____ f) Não identificado	Qualitativa Nominal	A opção e) deve ser assinalada se for descrita outra localização da dor. Posteriormente serão agrupadas em categorias conforme as respostas obtidas.
	Impacto nas AVDs	a) Limitação na marcha b) Insónia c) Alteração do apetite d) Incapacidade laboral e) Outra Qual: _____ f) Não identificado	Qualitativa nominal	A opção e) deve ser assinalada se for descrita outra opção de impacto nas AVDs. Posteriormente serão agrupadas em categorias conforme as respostas obtidas.
Intervenções de enfermagem Domínio autónomo/interdependente	Monitorizar a dor	a) Sim b) Não	Qualitativa, nominal, dicotómica	
	Nº Vezes em que foi efectuada a intervenção monitorizar a dor	a) Valor numérico b) Não registado	Quantitativa continua	Expressa em nº de vezes em que foi documentada durante o período de permanência na urgência
	Executar técnica não farmacológica de alívio da dor	a) Posicionamento b) Confortar o doente c) Massagem d) Outra Qual: _____ e) Não identificada	Qualitativa Nominal	A opção d) deve ser assinalada se for descrita outra localização da dor. Posteriormente serão agrupadas em categorias conforme as respostas obtidas.
	Nº de vezes em que foi efectuada técnica não farmacológica	Numérica	Quantitativa continua	Expressa em nº de vezes em que foi documentada durante o período de permanência na urgência
	Reavaliação quantitativa após intervenção não farmacológica	a) Numérico c) Não registado	Quantitativa continua	Expressa em nº de vezes em que foi documentada durante o período de permanência na urgência
	Reavaliação qualitativa após intervenção não farmacológica	a) Melhorou b) Piorou c) Outro Qual: _____ d) Não registado	Qualitativa Nominal	A opção c) deve ser assinalada sempre que seja descrito outro qualificador de reavaliação qualitativa. Serão posteriormente agrupadas em categorias conforme as respostas

	Descrição das variáveis	Valores que pode assumir A variável	Tipo de variável	Observações
Intervenção de enfermagem Domínio autónomo/interdependente	Nº de vezes que foi efectuada a reavaliação qualitativa após intervenção não farmacológica	Numérico	Quantitativa contínua	Expressa em nº de vezes em que foi documentada durante o período de permanência na urgência
	Reavaliação quantitativa após intervenção farmacológica	a) Numérico c) Não registado	Quantitativa contínua	Expressa em nº de vezes em que foi documentada durante o período de permanência na urgência
	Reavaliação qualitativa após intervenção farmacológica	a) Melhorou b) Piorou c) Outra Qual: _____ d) Não registado	Qualitativa Nominal	A opção c) deve ser assinalada sempre que seja descrita outro qualificador de reavaliação qualitativa. Serão posteriormente agrupadas em categorias conforme as respostas
	Nº de vezes que foi efectuada a reavaliação qualitativa após intervenção farmacológica	Numérico	Quantitativa contínua	Expressa em nº de vezes em que foi documentada durante o período de permanência na urgência
	Gerir analgésico em SOS	a) Sim b) Não c) Não registado	Qualitativa Nominal	
	Nº de vezes que foi efectuada a intervenção “gerir analgésico”	Numérico	Quantitativa contínua	Expressa em nº de vezes em que foi documentada durante o período de permanência na urgência

ANEXO III

Guião da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA			
Blocos	Objectivos	Tipo de questões	Estratégias de colheita de dados
Bloco I Dados de caracterização da amostra	Caracterização da equipa de enfermagem quanto: - Tempo de exercício profissional - Formação académica e profissional - Formação específica no domínio da dor	- Questões estruturadas com resposta directa - Questões abertas para identificação de outras áreas de formação na área da dor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista semi-estruturada, aplicada sob a forma presencial e transcrição das respostas para o papel ▪ Clarificação de questões sempre que necessário ▪ Realização de anotações de interesse
Bloco II Dados relativos aos conhecimentos no domínio da dor	Descrever o nível de conhecimentos dos enfermeiros no domínio da dor, quanto: - Significado da dor como 5º sinal vital - Conteúdo na da norma que implementa a avaliação da dor como 5º sinal vital - Características definidoras necessárias para a identificação do diagnóstico dor - Instrumentos de avaliação da dor	- Questões abertas (com opções de resposta, previamente definidas no guião, apenas como estratégia de orientação para o entrevistador) - Questões abertas no domínio da justificação de opções de resposta	
Bloco III Opinião dos enfermeiros sobre os dados encontrados	Determinar as razões que justificam a prática clínica de enfermagem no âmbito do diagnóstico dor, quanto: - Enunciado do diagnóstico - Particularidades da sua identificação face ao tipo de dor, área de atendimento, turno, prioridade clínica - Barreiras ao diagnóstico e documentação	- Questões abertas (com opções de resposta, previamente definidas no guião, apenas como estratégia de orientação para o entrevistador) - Algumas questões abertas centradas na opinião pessoal	
Bloco IV Identificação de estratégias de melhoria	Identificar estratégias de melhoria da prática clínica	- Questões abertas (com opções de resposta, previamente definidas no guião, apenas como estratégia de orientação para o entrevistador) - Questões abertas para identificação de outras sugestões de melhoria da prática clínica	

PARTE I- DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Idade: _____

Formação Profissional:

- ☐ Licenciatura em Enfermagem
- ☐ Curso de Especialização em Enfermagem
- ☐ Área: _____
- ☐ Mestrado ☐ Área: _____
- ☐ Pós-Graduação ☐ Área: _____

Tempo de exercício profissional (anos completos): _____

Tempo de exercício profissional no serviço de urgência (anos completos): _____

Formação específica na área da dor:

- ☐ Curso de Pós graduação ☐ Qual: _____
- ☐ Curso de Mestrado ☐ Qual: _____
- ☐ Outra: Qual: _____

PARTE II – DADOS DO NÍVEL DE CONHECIMENTOS NA ÁREA DA DOR

1 - Tem conhecimento da norma que regulamenta a avaliação da dor como 5º sinal vital?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2 - O que entende por avaliação da dor como 5º sinal Vital?

3 - Tem conhecimento do conteúdo da norma? A Norma inclui:

- ☐ Registo sistemático da intensidade da dor
- ☐ Instrumentos de avaliação da dor preconizados (EVA, EN, EQ, EF)
- ☐ Inclusão no local de registo de outros sinais e sintomas vitais de um espaço próprio para o registo da intensidade da dor
- ☐ Regras de aplicação das escalas

4 - Como classifica a avaliação da dor na urgência quanto à sua importância:

- ☐ Muito importante
- ☐ Pouco importante
- ☐ Não prioritário

5 - Que características definidoras considera necessárias para a adequada identificação do diagnóstico de dor?

- ☐ Localização
- ☐ Qualidade (características)
- ☐ Intensidade
- ☐ Duração
- ☐ Frequência
- ☐ Outras:
- ☐ Outras: Quais:

6 - Considera importante a recolha de outros dados para uma melhor compreensão do impacto da dor na pessoa?

- ☐ Sim Quais: ☐ Factores de alívio ou agravamento
 - ☐ Impacto nas AVDs
 - ☐ Condições de saúde associadas (história de dor, tempo de evolução, factores de desencadeamento/precipitantes)
- ☐ Não

7 - Que elementos de informação utiliza na identificação do diagnóstico de dor?

- ☐ Sinais clínicos (exame físico)
- ☐ Auto-relato
- ☐ Observação do comportamento
- ☐ Escala de avaliação da dor
- ☐ Outras fontes de informação ☐ Quais:
 - ☐: Informação dos familiares
 - ☐: Informação dos bombeiros
 - ☐: Informação de outros profissionais de saúde
 - ☐ Outras: Quais: _____

8 - Que instrumentos (escalas) de avaliação da dor conhece?

- ☐ Escala visual Analógica
- ☐ Escala Numérica
- ☐ Escala das Faces
- ☐ Outros: Quais:

9 - Na identificação do diagnóstico dor utiliza algum instrumento de avaliação (escala de avaliação da dor)?

- ☐ Sim ☐ Qual: _____
- ☐ Não

10 - Em situações em que a pessoa não é capaz de verbalizar a sua dor, como por exemplo na pessoa com deficit cognitivo, afasia, traumatismos da face, que elementos de informação utiliza para efectuar o diagnóstico de dor?

- ☐ Escala de avaliação da dor ..☐ Qual/Quais: _____
- ☐ Sinais clínicos
- ☐ Observação do comportamento
- ☐ Outras fontes de informação ☐ Quais?

11 - Considera que a escala/as de avaliação da dor em uso no seu serviço são suficientes para avaliar a dor nas situações anteriormente referidas?

- ☐ Sim
- ☐ Não ☐ Justifique:

12 - Tem conhecimento de outras escalas de avaliação da dor neste tipo de situações?

- ☐ Sim
- ☐ Não

13 - Acha que a utilização de outros instrumentos de avaliação da dor para estas situações especiais melhoraria o rigor/facilitaria o acesso ao diagnóstico de dor?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Justifique:

PARTE III - ANÁLISE DOS DADOS DO APLICATIVO INFORMÁTICO

14 - Da análise dos dados constata-se que dos 340 episódios de urgência analisados, em apenas 71 casos se verificou a identificação do diagnóstico dor. Considera que os dados traduzem na totalidade o exercício profissional dos enfermeiros face ao diagnóstico dor?

Justifique:

15 – De uma forma global enuncie as razões que podem constituir barreira á identificação do diagnóstico e documentação da informação?

16 - Os dados sugerem haver uma maior sensibilidade perante situações em que esta possa denunciar uma condição de gravidade. Qual a sua opinião sobre este dado?

17 - O sector de OBS foi aquele em que o diagnóstico de dor foi identificado na totalidade dos doentes com queixa de triagem dor. Que razões podem justificar estes dados?

- ☐ Condição de gravidade
- ☐ Maior tempo de contacto com a pessoa
- ☐ Menor rácio enfermeiro/doente
- ☐ Maior disponibilidade e concentração
- ☐ Dado importante para a continuidade de cuidados
- ☐ Maior valorização do dado por outros profissionais
- ☐ Aplicativo informático facilitador
- ☐ Outro: _____

18- No âmbito das intervenções de enfermagem associadas á dor, os dados sugerem uma maior valorização das intervenções de natureza farmacológica em detrimento de terapêuticas não farmacológicas. O que interpreta destes dados?

PARTE IV - IDENTIFICAÇÃO DAS SUGESTÕES DE MELHORIA

19 - Que medidas sugere para a melhoria do diagnóstico e documentação da dor no serviço de urgência?

- ☐ Formação
- ☐ Adequação de recursos humanos
- ☐ Melhoria no acesso ao aplicativo
- ☐ Maior valorização dos dados relativos à dor pelos outros profissionais de saúde
- ☐ Outras

Quais: _____

Se existissem protocolos de analgesia, pensa que seria uma boa medida para ajudar na melhoria e autonomia da prática clínica?

20 - Se identificou como prioridade a formação dos profissionais, identifique por ordem de resposta as áreas que gostaria de ver abordadas?

- ☐ Fisiopatologia da dor
- ☐ Vertente subjectiva e multidimensional
- ☐ Terapêutica farmacológica
- ☐ Terapêutica não farmacológica
- ☐ Instrumentos de avaliação da dor
- ☐ Fontes de informação/actualização credíveis de acesso à informação
- ☐ Prática baseada na evidência
- ☐ Outras _____

ANEXO IV

Pedido de autorização ao Conselho de Administração

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA MAIOR DE BARCELOS

Eu, Isabel Maria Gomes Pereira, com o Nº mecanográfico 1194, a exercer funções como enfermeira graduada no serviço de urgência deste hospital venho por este meio pedir autorização para a realização de um estudo de investigação no âmbito da realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este estudo inscreve-se no âmbito do processo de tomada de decisão sobre o diagnóstico de dor na urgência e intervenção de enfermagem associada, a destacar a monitorização da dor, em apelo à norma de boa prática emitida pela DGS em 2003 que regulamenta a avaliação da dor com 5º sinal vital. O título enunciado para o trabalho é o seguinte: “A dor no exercício profissional do enfermeiro, num serviço de urgência: processo de tomada de decisão, factores inibidores e estratégias de melhoria”. O meio de acesso à informação será efectuado através da recolha de dados dos registos de enfermagem e aplicação de um questionário a todos os enfermeiros da equipa de enfermagem de urgência.

O desenvolvimento do estudo decorrerá no horizonte temporal de Janeiro a Julho de 2011 e implicará quatro fases. A primeira situada na recolha de informação presente nos registos de enfermagem, numa análise retrospectiva dos registos de enfermagem relativos ao mês de Janeiro; uma segunda, situada na recolha de informação dos enfermeiros, através da aplicação de um questionário, a terceira que efectua a triangulação de dados, e por último, a quarta, que subscreve as etapas anteriores para a definição da problemática e identificação das principais linhas orientadoras de intervenção. Não constitui objectivo do trabalho julgar o trabalho desenvolvido pelos profissionais, mas antes promover a reflexão sobre a prática de enfermagem numa atitude de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Constitui pretensão das autoras, facultar todos os dados do estudo à instituição, podendo ser acedido por pedido a estas, pelo endereço electrónico: isagomes_pereira@hotmail.

Todos os procedimentos inerentes ao estudo serão realizados no cumprimento rigoroso de todos os princípios éticos, nomeadamente a confidencialidade dos dados e o consentimento informado dos profissionais que farão parte do estudo.

Junto anexo um exemplar do consentimento informado e grelha de observação a utilizar na recolha de informação dos registos de enfermagem.

Pede diferimento: Data: _____ A enfermeira: _____

ANEXO V

Consentimento informado para a realização das entrevistas

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

O presente questionário insere-se num estudo de investigação no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este estudo inscreve-se no âmbito do processo de tomada de decisão sobre o diagnóstico da dor na urgência e intervenção de enfermagem associada, a destacar a monitorização da dor, em apelo à norma de boa prática emitida pela DGS em 2003, que regulamenta a sua avaliação como 5º sinal vital. O título enunciado para o trabalho é o seguinte: “ *A dor na prática profissional do enfermeiro, num serviço de urgência: processo de tomada de decisão, factores inibidores e estratégias de melhoria*”. O meio de acesso à informação será efectuado através da recolha de dados dos registos de enfermagem e pela aplicação de um questionário aos enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço de urgência.

O desenvolvimento do estudo decorrerá no horizonte temporal de Janeiro a Julho de 2011 e implicará quatro fases. A primeira situada na recolha de informação presente nos registos de enfermagem relativa ao mês de Janeiro; uma segunda, situada na recolha de informação dos enfermeiros, através da aplicação de um questionário, e uma terceira etapa centrada na triangulação de dados, e por fim, a última, que subscreve as anteriores na definição da problemática e identificação das principais linhas orientadoras de melhoria da prática clínica de enfermagem, nos domínios em análise.

Não constitui objectivo do trabalho julgar o trabalho desenvolvido pelos profissionais, mas antes promover a reflexão sobre a prática de enfermagem numa atitude de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Todos os procedimentos inerentes ao estudo serão realizados no cumprimento rigoroso de todos os princípios éticos, nomeadamente a confidencialidade dos dados e o consentimento informado dirigido aos participantes do estudo.

Os dados do estudo podendo ser acedidos por pedido às autoras, cujo contacto poderá ser efectuado pelo seguinte endereço eletrónico: isagomes_pereira@hotmail.com.

Tomei conhecimento dos objectivos do estudo, foram-me esclarecidas todas as dúvidas e esclarecido o meio de acesso aos resultados.

Aceito participar no estudo:

O Investigador

O participante

(Isabel Maria Gomes Pereira)

(Enfermeiro)

ANEXO VI

Documento comprovativo da autorização para a realização do estudo

Recebi em 28/12/2010
Ass: S. L. n.º mec: 1194

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE

ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA MAIOR DE BARCELOS E.P.E

Lino Mesquita Machado
Presidente do C.A.

DFDP:
Comunicado é
legítimo.
Arquivar.
12/11

Eu, Isabel Maria Gomes Pereira, com o N.º mecanográfico 1194, a exercer funções como enfermeira graduada no serviço de urgência deste hospital venho por este meio pedir autorização para a realização de um estudo de investigação no âmbito da realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este estudo inscreve-se no âmbito do processo de tomada de decisão sobre o diagnóstico de dor na urgência e intervenção de enfermagem associada, a destacar a monitorização da dor, em apelo á norma de boa prática emitida pela DGS em 2003 que regulamenta a avaliação da dor com 5º sinal vital. O título enunciado para o trabalho é o seguinte: "*A dor na prática profissional do enfermeiro num serviço de urgência: processo de tomada de decisão, factores inibidores e estratégias de melhoria*". O meio de acesso á informação será efectuado através da recolha de dados dos registos de enfermagem e aplicação de um questionário a todos os enfermeiros da equipa de enfermagem de urgência.

O desenvolvimento do estudo decorrerá no horizonte temporal de Janeiro a Julho de 2011 e implicará três fases. A primeira situada na recolha de informação presente nos registos de enfermagem, numa análise retrospectiva dos registos de enfermagem relativos ao mês de Janeiro, uma segunda, situada na recolha de informação dos enfermeiros, através da aplicação de um questionário e uma terceira etapa, que subscree as anteriores para a elaboração de um plano de melhoria no âmbito do processo diagnóstico, intervenção e documentação, que preveja os resultados da primeira etapa, dificuldades enunciadas e sugestões de melhoria apontadas pelos mesmos. Não constitui por isso, objectivo do trabalho julgar o trabalho desenvolvido pelos profissionais, mas antes promover a reflexão sobre a prática de enfermagem numa atitude de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Constitui pretensão das autoras, facultar todos os dados do estudo á instituição, podendo ser acedido por pedido às autoras, cujo contacto poderá ser efectuado pelo seguinte endereço eletrónico: isagomes_pereira@hotmail.

Todos os procedimentos inerentes ao estudo serão realizados no cumprimento rigoroso de todos os princípios éticos nomeadamente a confidencialidade dos dados e o consentimento informado dos profissionais que farão parte do estudo.

Junto anexo um exemplar do consentimento informado e grelha de observação a utilizar na recolha de informação dos registos de enfermagem.

Pede diferimento: Data: 28/12/2010 A enfermeira: Isabel Maria Gomes Pereira

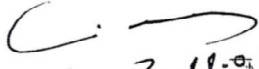
Mestranda: Isabel Maria Gomes Pereira (EP. 3017)

O DFOF:

Reporto a análise deste estudo para
a Comissão de Ética.

20/01/11 DFOF
scorpes

A comissão de ética
p/ parecer.


O Presidente do C.A.
Lino Mesquita Machado

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE
Secretariado da Administração

Recebi em 21/2/2011
Ass: Nereza nº mec: 1464

ESCLARECENDO COM A SRA. ENFA
ISABEL PEREIRA OS OBJECTIVOS DO
TRABALHO E FONTE DE ORIENTAÇÃO
DE DADOS NO PRÓPRIO APLICATIVO
INFORMATIVO DO S.U. ONDE EXERCE
AS FUNÇÕES, COM CONSULTA
DO PROJECTO DESTA ESTUDO
AGORA EM NOSSA POSSE, SEIOS
A INFORMAR Vossa EXCELENÇA
DE PARECER FAVORÁVEL AO
DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO
EM CAUSA. SOLICITAMOS A
Vossa EXCELENÇA QUE SEJA
PEDIÇÃO A SRA. ENFA ISABEL
O RELATÓRIO DO TRABALHO
APÓS A SUA CONCLUSÃO.

06.02.2011

PELA Comissão Ética



(Presidente C.E.)

Comissão Ética
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.

ANEXO VII

Plano de amostragem para a determinação da amostra dos registos de enfermagem

PLANO DE AMOSTRAGEM

✓ Caracterização da população

Nº Episódios de urgência	Área de Adultos	Área Pediátrica	Total episódios urgência	Episódios de urgência em área de Urgência de Adultos	Episódios de urgência por dor, com atendimento em área de Urgência de Adultos
Dia	160	40	200	80% * = 128	60% * = 96
Mês (30 dias)	4800	1200	6000	80% * = 3840	60% * = 2880

* O nº de casos de urgência na área de adultos corresponde a **80%** do total de episódios de urgência (população)

* O nº de casos de urgência por dor na área de adultos corresponde a **60%** do total de episódios de urgência

✓ **Decisão do tamanho da amostra:** fracção de amostragem definida (sobre a qual incide o calculo da amostra) igual a 0,35 ou seja **35%** dos casos do universo (total de doentes com queixa de triagem dor de qualquer etiologia) (35 % de 2880) = 1008.

✓ Valor percentual de doentes com atendimento de urgência em cada um dos turnos

% Doentes c/ atendimento turno M	% Doentes c/ atendimento turno T	% Doentes c/ atendimento turno N	Total
40%	40%	20%	100%
403	403	201	1008

Valor da % de atendimento por turno	Atendimento geral	Cirurgia	Ortopedia	Medicina Interna	OBS	Total	Valor da amostra
Valor percentual da representatividade dos episódios do turno da M e T	45%	20%	10%	15%	10%	100%	
Valor numérico	181	81	40	61	40	403	
Valor da relação, valor numérico/valor percentual de cada área	81	16	4	9	4	114	x 2=228
Valor percentual da representatividade dos episódios do turno da N	70%	10%	0%	10%	10%	100%	Soma
Valor numérico	140	20	10	20	10	172	
Valor da relação, valor numérico/valor percentual de cada área	98	2	0	2	2	104	104
						332	

*O Valor calculado corresponde á representatividade percentual de cada uma das áreas no total de episódios de urgência por dor no turno da manhã, sendo o valor da 3ª linha calculado assumindo o valor numérico de cada área isoladamente como o nº total.

Valor estimado da amostra a analisar

ANEXO VIII

Matriz de referência da análise de conteúdo

Categoria	Definição conceptual	Subcategoria	Definição conceptual
Concepção de dor	A dor na perspectiva de McCaffery e Beebe (1992) e segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2006)	5º Sinal vital	Referida à norma de avaliação da dor como 5º sinal vital mencionando a periodicidade de avaliação e o registo em folha apropriada (DGS, 2003)
		Dimensões da pessoa	Referente à concepção de dor na vertente subjectiva e multidimensional, situada na definição de McCaffery e Beebe (1992).
		Repercussões	Que versa os aspectos dos sinais clínicos de compromisso fisiológico e hemodinâmico (Cox, 2010)
Directrizes de actuação	Norma de DGS 2003	Avaliação da dor como 5º sinal vital	Referência ao conhecimento e conteúdo da norma de avaliação da dor como 5º sinal vital (DGS de 2003)
Diagnóstico	Definição de diagnóstico segundo Phaneuf (2001) e McCaffery e Beebe (1992)	Enunciado	Características definidoras (OE, 2008; NPC e JCAHO, 2001; JCR e JCI, 2010)
		Processo de tomada de decisão	Elementos a considerar na tomada de decisão sobre o diagnóstico dor (OE, 2008; NPC e JCAHO, 2001; JCR e JCI, 2010)
Utilização dos «Instrumentos de avaliação»	Conhecimento e descrição da utilização de escalas de avaliação da dor (DGS, 2003)	Utilização	O respeitante à descrição da utilização de escalas atendendo à capacidade de expressão da pessoa (DGS, 2003; JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008)
		Utilidade clínica	O respeitante à opinião emitida acerca do contributo da utilização das escalas no processo de tomada de decisão (OE, 2008)
Interpretação dos dados do «Diagnóstico de enfermagem»	Opinião acerca da representação da dor na documentação de enfermagem face ao diagnóstico tendo em conta a vareis frequência, área de atendimento, turno, valorização da dor	Representatividade numérica	Opinião centrada nos dados numéricos
		Área de atendimento	Opinião relativa à actuação de enfermagem face à área de atendimento
		Turno	Opinião centradas em dados de actuação face ao turno
		Valorização da dor	Aspectos descritos no âmbito da valorização da dor, atendendo aos diferentes tipos de dor
		Agregação valorização/documentação	Aspectos que descrevem, no âmbito dos elementos que concorrem para a visibilidade dos dados/documentação
Interpretação dos dados «Intervenção»	Interpretação efectuada no âmbito das intervenções de enfermagem	Representatividade das intervenções	Visibilidade numérica das intervenções, de carácter independente e interdependente (farmacológicas e não farmacológicas)
		Prioridade de implementação	Descrição das importâncias atribuída aos diferentes tipos de intervenções

Categoria	Definição conceptual	Subcategoria	Definição	Sub-subcategoria	Definição conceptual
«Barreiras» identificadas	Tudo o que mencionam como limitações de um exercício adequado	Diagnóstico	Limitações na definição do diagnóstico enquanto juízo clínico	Contexto/estrutura	Versam aspectos estruturais relacionados com o contexto, tarefas desempenhadas, recursos humanos e meios técnicos
				Pessoa/cliente	Versam aspectos relacionados com o cliente (forma como transmite a informação, situação de saúde física, capacidade de expressão)
				Profissionais	Versam aspectos centrados nos profissionais (conhecimentos, motivação, etc)
		Intervenção de enfermagem	Barreiras da adequada intervenção de enfermagem		
		Documentação	Barreiras na efectivação da documentação	Contexto/estrutura	Versam aspectos estruturais relacionadas com o contexto, (tarefas desempenhadas, recursos humanos, meios técnicos)
				Profissionais	Versam aspectos centrados nos profissionais (conhecimentos, motivação, etc)
«Estratégias» sugeridas	Medidas sugeridas para colmatar as barreiras	Diagnóstico de enfermagem	Sugestões emitidas para melhorar o diagnóstico, no âmbito do rigor de decisão	Profissionais	Versam aspectos centrados nos profissionais (défices de conhecimentos, desvalorização do rigor e exercício competente, etc)
				Contexto/estrutura	Versam aspectos do contexto de cuidados (recursos humanos, competência e atribuições profissionais, meios técnicos)
				Pessoa/Cliente	Versam aspectos relacionados com o cliente (défices de comunicação, falta de objectividade da descrição dos dados)
		Intervenção de enfermagem	Medidas dirigidas à optimização da intervenção de enfermagem	Profissionais	Versam os aspectos remetidos à valorização da intervenção de enfermagem (planificação dos cuidados, intervenção farmacológica e não farmacológica)
		Documentação	Sugestões de melhoria na efectivação da documentação	Contexto/estrutura	Versam aspectos estruturais relacionadas com o contexto, (tarefas desempenhadas, recursos humanos, meios técnicos)
				Profissionais	Versam aspectos centrados nos profissionais (conhecimentos, valorização do rigor e exercício competente, etc)
		Organizacionais	Versam aspectos relacionados com a organização (políticas internas, cultura organizacional, gestão de cuidados)		

ANEXO IX

Matriz de referência da análise de conteúdo com indicadores/unidades de
registro

Categoria	Definição conceptual	Subcategoria	Definição conceptual	Indicadores/unidades de registo
Concepção de dor	A dor na perspectiva de McCaffery e Beebe (1992) e segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2006)	5º Sinal vital	Referida à norma de avaliação da dor como 5º sinal vital, com referência à periodicidade e o registo em folha apropriada (DGS, 2003)	E3, Q6- Significa que a dor assume a mesma importância que os restantes sinais vitais, passando por isso a ser avaliada com a mesma periodicidade e rigor (...); E4, Q6- (...) a dor acaba por ser um sinal vital como os restantes (...); E6,Q6- (...) a dor assume a mesma importância que os restantes sinais vitais (...); E15, Q6 - (...) é um parâmetro vital que tem que ser avaliado com a mesma importância que os demais (...); E10, Q6 - (...) o tratamento adequado depende de uma avaliação adequada (...); E2.Q6 - (...) não reconheço essa importância na dor, porque ao contrário dos restantes sinais vitais, que quando alterados podem induzir em compromisso de vida, na dor isto não acontece (...).
		Dimensões da pessoa	Referente à concepção de dor na vertente subjectiva situada na definição de McCaffery e Beebe (1992)	E6,Q6- (...) tem também a ver com a preocupação com a qualidade de vida das pessoas, no sentido em que no estado em que a ciência está não justifica as pessoas terem dor (...); E.10, Q.6- A dor é aquilo que a pessoa diz que sente, uma vez que é um dado muitas vezes não visível e portanto acaba por ser sempre subjectiva (...); E10. Q13- (...) A avaliação na especificidade dos doentes que não comunicam é sempre subjectiva (...);E16,Q6- (...) O controlo da dor é importante para o conforto e qualidade de vida da pessoa, penso que se tem vindo a atribuir mais importância a isto (...).
		Repercussões	Que versa os aspectos dos sinais clínicos de compromisso fisiológico (Cox. 2010)	E3, Q6 - (...) o seu inadequado controlo também se pode repercutir no equilíbrio hemodinâmico da pessoa e colocar a pessoa em risco de vida (...); E5, Q6 - (...) podemos assumir que ela é importante no sentido em que pode interferir no equilíbrio hemodinâmico e comprometer desta forma a saúde da pessoa (...); E8,Q6 - (...) a dor é muito importante (...) se não tratada devidamente pode induzir em condição de risco para a pessoa (...)
Directrizes de actuação	Norma de DGS 2003	Avaliação da dor como 5º sinal vital	Referência ao conhecimento da sua existência e respectivo conteúdo	E5,Q4- (...) sim, sei que preconiza a avaliação da dor de uma forma <i>standart</i> á semelhança dos outros sinais vitais (...); E6,Q4- (...) Sim, é a norma que define que a dor deve ser avaliada como os restantes sinais vitais (...);E7,Q4- (...) Sim, foi quando foi divulgada a necessidade de dar mais importância á avaliação da dor (...); E12,Q4- (...) o conteúdo especificamente não, sei que preconiza a avaliação da dor com a mesma importância e periodicidade que os outros sinais vitais (...); E1,Q5- (...) Não tenho presente o conteúdo da norma, a não ser a sua avaliação com a mesma importância e regularidade que os restantes sinais vitais (...);E4,Q5 - (...) Não tenho presente especificamente o que diz, mas penso que refere a necessidade de avaliação da dor de uma forma mais regular (...); E6,Q5- (...) Sei que preconiza a avaliação da dor, com a mesma regularidade que os restantes sinais vitais e a inclusão na folha de registo de sinais vitais, de um espaço próprio para a sua documentação (...); E10,Q5- (...) a dor deve ser avaliada como os restantes sinais vitais e as escalas que devem ser utilizadas e como devem ser aplicadas.

Categoria	Definição conceptual	Subcategoria	Definição conceptual	Indicadores/unidades de registo
Diagnóstico	Definição de diagnóstico segundo Phaneuf (2001) e McCaffery e Beebe (1992)	Características definidoras	Características definidoras do diagnóstico "dor" (JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO 2001OE, 2008)	E1.Q8- (...) Por norma as que são mais importantes são: localização, intensidade e duração. Sei que existem outras mas agora não tenho bem presentes (...); E2.Q8 - (...) Localização, intensidade, duração e frequência; E2.Q9- (...) No que se refere á dor também procuro explorar outros dados, nomeadamente a história de dor, se esta é aguda ou crónica, se existe uma patologia prévia (...);E5.Q8- (...)em termos da CIPE, o enunciado deve comportar a localização, intensidade, duração e frequência. Contudo na prática acabamos muitas vezes por colocar os mais objectivos e que nos são dados pela pessoa e que são a localização e a intensidade (...); E5.Q9 - (...) Particularmente na dor torácica que me pareça indicativa de dor pré-cordial, é mandatório esclarecer o tempo de evolução, história cardíaca prévia e a irradiação. E7.Q8- (...) localização, intensidade, se é aguda ou crónica e se é contínua ou intermitente (...) considero importante, nomeadamente o tempo de evolução, o contexto em que surgiu, se tem a ver com trauma ou não, e as patologias associadas que podem justificar a presença da dor (...); E16.Q8- (...) localização, intensidade e frequência, esta última menos valorizada. Por norma mencionamos apenas as duas primeiras porque são as de mais fácil acesso (...); E18.Q8- (...) a localização e a intensidade são as mais importantes. Questiono também as características da dor, se é uma dor abdominal epigástrica, se é cólica renal (...);E16.Q8- (...) localização, intensidade e frequência, esta última menos valorizada. Por norma mencionamos apenas as duas primeiras porque são as de mais fácil acesso. E16.Q9- (...) relativa à existência de doença prévia, se é uma dor aguda ou crónica ou se a dor decorre de um traumatismo (...); E14.Q8- (...) Localização, intensidade, duração e frequência. E14.Q9- (...) importante saber etiologia da dor, se está associada a um evento traumático ou se é uma situação crónica associada a uma patologia prévia (...); E13.Q9- (...) exploro a etiologia da dor, se é trauma ou é uma dor crónica. No caso de ser traumática também exploro o mecanismo de lesão, uma vez que isso também vai determinar o meu nível de atenção. A utilização de algum tipo de analgesia para o efeito também é um dado que exploro (...);E10.Q9- (...) Também procuro informação acerca da etiologia (...)há doentes em que a dor é psicogénica, ou porque estão preocupados, porque não dormiram, e nestes casos a terapêutica ajustada em função destes dados poderá ser mais eficaz(...); E19.Q8- (...) Essencialmente a localização e a intensidade. E19.Q9- (...) se é uma dor aguda ou crónica, se é uma dor oncológica (...).
		Processo de tomada de decisão	Elementos a considerar na tomada de decisão sobre o diagnóstico dor (JCR e JCI, 2010, NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008)	E1,Q10- (...) habitualmente considero a minha observação relativa ao comportamento da pessoa e sinais clínicos de dor e o que a pessoa me diz, reconhecendo que este é mais um processo que decorre da minha interpretação do que o que a pessoa me diz (...);E3.Q10- Se a pessoa não comunica o processo é o mesmo, acrescentando do recurso a formação adicional junto do familiar (...) Para a determinação da intensidade socorro-me da escala numérica e quando a pessoa não comunica, da escala das faces (...); E4.Q10- (...) Caso a pessoa não possa transmitir verbalmente os dados como nas pessoas com AVC, demências afasias, o exame físico com outras fontes que são próximas da pessoa, determinam a decisão (...); E4,Q10- (...) O processo de identificação do diagnóstico não é um acto isolado (...) é um processo que resulta da reunião de vários elementos como sejam a observação do comportamento, os sinais de dor observados e aquilo que a pessoa diz(...);

Subcategoria	Definição conceptual	Indicadores/unidades de registo
Processo de tomada de decisão	Elementos a considerar na tomada de decisão sobre o diagnóstico dor (JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008)	<p>E5.Q11- Nestas situações é por vezes um pouco difícil definir o diagnóstico (...) habitualmente só o identificamos se isso nos é dito por algum familiar, ou se por dados objectivos é possível identificá-la (...) quando a pessoa tem uma atitude defensiva ou existe uma lesão observável, ou se no decurso dos cuidados, por vezes posicionamento a pessoa evidencia sinais de dor, como o gemido (...); E8.Q10. (...) o que o doente me refere (...) o comportamento e a presença de alguns sinais indicativos de dor como seja a palidez, sudorese, taquicardia, fâcies de dor são determinares na decisão do diagnóstico. O resultando não é tanto determinado pelo que o doente me diz em termos da intensidade da dor, mas a ponderação de todos estes dados (...); E9.Q11- (...) socorro-me dos familiares se presentes, da observação do comportamento e sinais clínicos e da escala das faces (...) Contudo a avaliação é mais subjectiva uma vez que o diagnóstico é sempre visto na nossa perspectiva e do familiar (...); E10.Q10- (...) Habitualmente procuro na observação sinais indicativos de dor como a palidez, postura de defesa, sudorese, taquicardia que depois, juntamente com o que o doente refere no âmbito da intensidade me dão o diagnóstico (...); E11.Q10- (...) é sempre a associação e ponderação entre aquilo que a pessoa me diz (...) e o que resulta da minha observação (...); E12.Q10- (...) Considero o que a pessoa me diz e a forma como a pessoa se apresenta isto é, se tem clínica de dor, como a sudorese, palidez, comportamento de defesa sobre a área (...); E14.Q10- (...) tendo por base o que o doente me diz e o que observo nomeadamente a postura, os sinais de dor como a sudorese, palidez e o fâcies. Cruzando esta informação com a utilização da escala numérica efectuo o diagnóstico (...) este processo acaba por ser mais uma interpretação pessoal (...); E15.Q10- (...) O que o doente diz, o comportamento apresentado (defesa, agachado), e os sinais clínicos como taquicardia, sudorese e o fâcies (...); E18.Q10- (...) Atendo essencialmente ao exame objectivo nomeadamente os sinais de dor, como a sudorese e palidez e o que a pessoa me refere. A história prévia é muito importante, nomeadamente os antecedentes de dor, se existem episódios recorrentes da mesma dor (...); E19.Q10- (...) Primeiro valorizo o que a pessoa me diz nomeadamente a intensidade da dor e atendo com muita importância às manifestações físicas de dor, sudorese, alterações dos sinais vitais e postura do corpo (...) E17.Q13- (...) Embora na sua utilização deveria ser o doente a interpretar a escala, na prática acabamos ser nós a interpretar o que o doente nos diz e atribuímos fruto da nossa interpretação o valor numérico da intensidade da dor (...).</p>

Categoria	Definição conceptual	Subcategoria	Definição conceptual	Indicadores/unidades de registo
Utilização dos Instrumentos de avaliação	Conhecimento e descrição da utilização de escalas na avaliação da dor (preconizadas na norma da DGS, 2003)	Utilização face à capacidade de expressão	O respeitante à descrição da utilização de escalas atendendo à capacidade de expressão da pessoa (JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2001; OE, 2008)	E1.Q10 – (...) Utilizo também a escala de avaliação da dor, escala numérica, e das faces caso a pessoa não comunique (...); E2.Q11- (...) Quando a pessoa não comunica atendo essencialmente aos sinais clínicos de dor, opinião do familiar, observação do comportamento e o recurso à escala das faces (...); E14.Q10- (...) tendo por base o que o doente me diz e o que observo nomeadamente a postura, os sinais de dor como a sudorese, palidez e o fâcies. Cruzando esta informação com a utilização da escala numérica efectuo o diagnóstico (...); E16.Q10 – (...) Relativamente á determinação do valor de intensidade utilizo a escala numérica e faces, conforme a pessoa comunica ou não (...); E18.Q10 – (...) no caso em que a pessoa é capaz de comunicar essencialmente uso a escala numérica (...) E19.Q10 - (...) utilizo a escala numérica caso a pessoa seja capaz de referir os dados (...); E17.Q11- (...) utilizo fundamentalmente a escala numérica, e das faces caso a pessoa não comunique (...) se a pessoa vier acompanhada (...), a informação do familiar (...);E18.Q10- (...) nas pessoas que não comunicam e que muitas vezes não se queixam utilizo muitas vezes duas escalas em simultâneo como a escala do observador e das faces (...) considero a opinião do familiar porque são os que melhor conhecem a pessoa (...); 19.Q10 - (...) utilizo a escala numérica caso a pessoa seja capaz de referir os dados.(...); E17.Q13- (...) Embora na sua utilização deveria ser o doente a interpretar a escala, na prática acabamos ser nós a interpretar o que o doente nos diz e atribuírmos fruto da nossa interpretação o valor numérico da intensidade da dor (...);
		Utilidade clínica	O respeitante à opinião emitida acerca do contributo da utilização das escalas no processo de tomada de decisão (OE, 2008)	E3.Q13- (...) Na minha opinião (...) estes são apenas um instrumento de apoio pois o processo de diagnóstico resulta da colheita de muitos outros dados (...), E4.Q13-(...) São suficientes, até porque não conheço outras (...) Cruzando os dados da observação ou de outras fontes com os fornecidos pela utilização do instrumento (...) acedemos facilmente aos dados (...); E5.Q13- (...) Quando a pessoa expressa o que sente é fácil aceder aos dados com o uso da escala numérica, contudo quando a pessoa não comunica a avaliação da dor é sempre mais difícil (...); E11. Q13- (...) Não, particularmente na pessoa que não comunica, uma vez que a escala das faces nem sempre é de fácil aplicação. Podemos ter um doente com uma face que se encaixa num dos perfis, mas ser uma face habitual do doente e não traduzir dor (...); E4.Q14- (...) parece que ao dispormos de instrumentos mais dirigidos, também teríamos de igual forma um processo de diagnóstico mais rigoroso; E5.Q13- (...) contudo com o uso da escala das faces e tendo em conta os sinais clínicos e comportamento, podemos mais ou menos aceder com algum critério ao diagnóstico (...); E6.Q14- (...) se de facto existissem outras escalas mais direccionadas para pessoas que não comunicam (...)isso seria facilitador, pois teríamos mais certeza do rigor no processo diagnóstico (...); E7.Q14-(...) se houvesse um instrumento mais dirigido com indicadores mais específicos, penso que seria um bom recurso (...); E16.Q14- (...) penso que instrumentos dirigidos a situações especiais, serão mais específicos e rigorosos nessas áreas. Penso que essencialmente proporcionariam uma maior uniformidade de critérios de avaliação (...); E18.Q13- (...) Sim...contudo é sempre dúbio (...) dentro das escalas que temos disponíveis temos que adequar em função das situações (...); E18.Q14- (...) poderiam ser um bom instrumento principalmente nestes doentes que nos colocam sempre dúvidas (...); E19.Q14- (...) se foram desenvolvidas para esse efeito penso que poderiam ser um bom instrumento.

Categoria	Definição conceptual	Subcategoria	Definição conceptual	Indicadores/unidades de registo
Interpretação dos dados do diagnóstico	Opinião acerca da representação da dor na documentação de enfermagem face ao diagnóstico, tendo em conta a vareis frequência, área de atendimento, turno, valorização da dor	Representatividade numérica	Opinião centrada nos dados numéricos	E1.Q15- (..) efectuamos muito mais do que aquilo que documentamos (..); E3.Q15- (..) efectuamos muito mais do que o que documentamos; E4.Q15- (..) fazemos muito mais do que o que na prática podemos documentar (..) E7.Q15- (..) os dados são muito restritivos no que efectuamos no âmbito do processo diagnóstico (...); E9.Q15- (..) traduzem uma documentação reduzida do que fazemos no âmbito do diagnóstico e intervenção (...); 11.Q15- fazemos mais actividade diagnóstica e intervenção do que aquela que podemos documentar. Na prática logo que o doente entra para uma das áreas internas da urgência é um doente que necessita de vigilância de enfermagem, e que por norma fazemos, e é nesta altura que colhemos os dados e avaliamos a condição do doente, mas não temos ainda possibilidade para documentar os dados (...)
		Área de atendimento	Opinião relativa à actuação de enfermagem face à área de atendimento	E1.Q17- (..) as características do sector, como sejam o rácio enfermeiro/doente, um sector mais calmo, maior permanência dos doentes e a não interrupção para a realização de outras tarefas, é mais facilitador da documentação (...); E2.Q17- (..) Os dados de OBS (...) a particularidade de este ser um sector em que apenas permanecem 4 doentes (...). (...) Há menor imprevisibilidade e menor interrupção para o pedido de atendimento para outros doentes ou para com a realização de tarefas; (...); E4.Q17 - (...) está quase que protocolado que neste sector, logo que o doente entra deva ser efectuado um plano completo dos cuidados a efectuar, havendo também uma maior vigilância dos registos; Mas tem também muito a ver com o contexto (...); E5.Q17 - (...) sector isolado com cuidados muito semelhantes ao do internamento, não há por norma interrupção e os cuidados estão mais programados (...); E5.Q19 - (...) na clínica geral, ou se existe uma grande afluência de doentes, acabamos sempre por priorizar os cuidados directos, e se a situação o exige, ou porque é um dado importante, ou porque a situação é grave, ou porque há necessidade de documentar o que foi efectuado, então documentamos (...) E11.Q17- (..) o que é muito diferente do que acontece em outros sectores que chegam a ter 10, 15 ou mais doentes, muitos deles instáveis e em que é preciso actuar. Todos os outros perdem prioridade (...) (...) na clínica geral, se existe uma grande afluência de doentes, acabamos sempre por priorizar os cuidados directos (...)
		Turno	Opinião centradas em dados de actuação face ao turno	E3.Q19- (...) no turno da manhã, habitualmente estamos ocupados com outras tarefas como a reposição de stocks, e mesmo a afluência sendo maior, há menos tempo para efectuarmos a documentação do que fazemos (...); E11.Q15- (...) Há turnos em que a afluência é grande e temos que estabelecer prioridades e os cuidados directos são sempre privilegiados (...).
		Valorização da dor	Aspectos que descrevem no âmbito da valorização da dor atendendo aos diferentes tipos de dor	E3.Q16- (...) estamos mais sensíveis para situações de gravidade, uma vez que isso implica também uma maior vigilância e de certa forma uma maior responsabilidade para a vigilância (...); E5.Q16- (...) Estamos de facto um pouco mais centrados em condições que possam constituir ameaça do ponto de vista do risco, e por isso também as documentamos mais (...); E6.Q16- (...) podem constituir ameaça à vida e portanto também exigem da nossa parte uma maior atenção e responsabilidade (...); E7.Q16- (...) estamos mais sensíveis para estas situações, isto que em situações particulares, a dor tem que ser vigiada com maior atenção, uma vez que a sua evolução e características são importantes para o diagnóstico e intervenção atempada (...) a dor pré-cordial se desvalorizada, pode colocar em risco a vida do doente (...)

Categoria	Definição conceptual	Subcategoria	Definição conceptual	Indicadores/unidades de registo
Interpretação dos dados do diagnóstico	Opinião acerca da representação da dor na documentação de enfermagem face ao diagnóstico, tendo em conta as variáveis: frequência, área de atendimento, turno, valorização da dor	Valorização da dor	Aspectos que descrevem no âmbito da valorização da dor atendendo aos diferentes tipos de dor	E7.Q16 – (...) Outra situação em que valorizamos a dor diz respeito á dor lombar , descrita pela pessoa como cólica renal, e que é conhecida como uma dor intensa, difícil de suportar. Um dor torácica em contexto de trauma, com limitação da função respiratória também nos alerta para possíveis complicações que nos impelem a uma maior vigilância, no sentido da actuação atempada no caso de surgirem complicações (...); E5.Q19- (...) Há muitas outras situações, que se calhar não aparecem documentadas mas que na prática as valorizamos, como é o caso da cólica renal, a dor torácica por traumatismo torácico grave e possível compromisso respiratório (...); E6.Q19- O serviço de urgência implica o estabelecimento de prioridades e aquilo que é indicativo da probabilidade de induzir compromisso hemodinâmico ou colocar a pessoa em risco de vida acaba por ser mais valorizado. (...) uma cefaleia intensa que não cede á analgesia, uma dor com clínica pré-cordial, uma dor abdominal intensa na fossa ilíaca direita, são situações que absorvem mais dos nossos cuidados e atenção, porque há a probabilidade da situação poder evoluir para uma situação de risco (...) ; (...); E9.Q16- (situações de gravidade) estas situações exigem uma maior atenção e vigilância de enfermagem, e portanto acabamos por valorizá-las mais (...); E9.Q19- (...) Em muitas situações em que a dor é ligeira entendemos que não é prioritário documentar, a pessoa faz um analgésico e pouco tempo depois vai embora (...); E12.Q16- Estamos mais sensíveis para situações que nos pareçam mais graves, como é o caso da dor pré-cordial que se não devidamente tratada e diagnosticada a causa, podendo tratar-se de um enfarte, pode colocar em risco a vida da pessoa (...) Existem outras situações que nos despertam atenção como sejam os traumas torácicos com alguma intensidade uma vez que nos remete para possíveis complicações que é necessário estar atento para agir atempadamente caso a situação complique (...); E18.Q16- (...) A dor é medida de forma diferente. Valorizo mais aquela dor típica e á partida mais grave como é o caso das cefaleias, dor pré-cordial, cólica renal e a dor por trauma grave....as restantes são menos valorizadas (...);
		Valorização/ Documentação	Aspectos que descrevem no âmbito dos elementos que concorrem para a valorização/ visibilidade dos dados na documentação	E3.Q16. Estamos (...) mais sensíveis para situações de gravidade, (...) isoladamente não constitui factor que determine o diagnóstico e documentação, mas mais facilmente é indicativo porque normalmente surge associado a maior tempo de permanência, transição entre sectores e entre turnos, o que de certa forma nos obriga a documentação porque há uma continuidade de cuidados (...) E4.Q15- (...) Acabamos por documentar mais alguma coisa em função um pouco da gravidade e se é esperada uma continuidade de cuidados (...); E5.Q16- (...) contudo parece-me que a condição de gravidade isoladamente não é critério, mas sim porque se prevê que permaneça mais tempo na urgência (...) Mas principalmente porque estes doentes por norma permanecem mais tempo na urgência, exigem uma maior vigilância e existe uma necessidade de documentar os cuidados, até como salvaguarda sob o ponto de vista legal se alguma coisa não correr tão bem (...); E6.Q16- (...) esta visibilidade dos dados está muito relacionada com a possibilidade de estes doentes permanecerem mais tempo na urgência, transitarem entre sectores ou mesmo necessitarem de internamento (...).

Categoria	Definição conceptual	Subcategoria	Definição conceptual	Indicadores/ Unidades de registo
Interpretação dos dados intervenção	Interpretação efectuada no âmbito das intervenções de enfermagem	Representatividade das intervenções	Visibilidade numérica das intervenções de carácter independente e interdependente	E8.Q18- (...) até porque o tratamento preconizado para a maioria da dor é farmacológico (...); E17.Q18- (...) Acabam por ser pouco usadas em contexto de urgência (...) reconheço que muitas vezes as efectuamos, como o posicionamento, a aplicação de gelo, técnica respiratória....e acabamos por não as documentar (...); E10.Q18- (...) existem intervenções não farmacológicas que efectuamos, principalmente na área cirúrgica e trauma, como aplicação de gelo. que muitas vezes não documentamos (...); E2.Q18- (...) Simplesmente não são prioritárias face á predominância do atendimento da dor aguda e o espaço não ser o mais adequado (...) reconheço que por vezes as efectuamos mas não as documentamos (...); E13.Q218- (...) Quer queiramos quer não, ainda estamos muito vinculados ao modelo biomédico (...); E18.Q18- (...) acho que todos estamos sensíveis para proporcionar conforto. Questionamos a pessoa qual é a posição que fica melhor, adequamos o ambiente, como limitar o ruído....contudo a urgência tem dificuldades a este nível uma vez que é um serviço movimentado em que não há horas para nada (...).
		Prioridade de implementação	Descrição das importâncias das intervenções realizadas quanto à importância da sua implementação	E3.Q18- (...) a intervenção primária é sempre farmacológica (...); E4. Q18- (...) porque o tipo de dor mais frequente requer fundamentalmente intervenção farmacológica (...); E14.Q18- (...) a intervenção primária é farmacológica, uma vez que a dor é essencialmente aguda (...); E5.Q18- não são medidas primárias de atendimento (...) por vezes até as efectuamos, como seja a aplicação de gelo, alinhamento do membro, mas não as documentamos; E6.Q18- (...) pouco prioritária em contexto de urgência uma vez que estão mais indicadas para a dor crónica e a dor em atendimento urgente é predominantemente aguda (...)

Categoria	Definição	Subcategoria	Definição	Sub-subcategoria	Definição	Indicadores/unidades de registo
Barreiras identificadas	Tudo o que mencionam como limitações de um exercício profissional adequado	Diagnóstico	Limitações na definição do diagnóstico enquanto juízo clínico	Contexto/ Estrutura	Versam aspectos estruturais relacionadas com o contexto, tarefas desempenhadas, recursos humanos, meios técnicos	E2.Q19- (...) a sobrecarga de trabalho e a responsabilidade para com outros doentes de maior gravidade. A prioridade para os cuidados directos (...); E4.Q19- (...) são a falta de tempo, a limitação no acesso ao aplicativo informático, a dificuldade no acesso aos dados da pessoa que não comunica (...); E5.Q19- (...) a actuação é muito por prioridade (...); E8.Q19- (...) Fundamentalmente a sobrecarga de trabalho, o atendimento por prioridade e a solicitação para com outras tarefas. O aplicativo também é pouco facilitador (...); E9.Q19- (...) a falta de tempo e sobrecarga de trabalho (...) temos outras situações mais urgentes para atende (...); E12.Q18- (...) Fundamentalmente a falta de tempo disponível para estar junto da pessoa e recolher a informação necessária, uma vez que a afluência á urgência é variável e por vezes temos muitos doentes e temos que estabelecer prioridades e estas vão sempre para os cuidados directos (...), E17.Q19- (...) a sobrecarga de trabalho, a responsabilidade para com outros doentes e tarefas, o aplicativo limitativo ao acesso antes da observação médica (...); E19.Q19- (...) O tempo disponível é muitas vezes cronometrado e temos que estabelecer prioridades

Categoria	Definição conceptual	Subcategoria	Definição conceptual	Sub-subcategoria	Definição	Indicadores/unidades de registo
Barreiras identificadas	Tudo o que mencionam como limitações de um exercício profissional adequado	Diagnóstico	Limitações na definição do diagnóstico enquanto juízo clínico	Pessoa/ Cliente	Versam aspectos relacionados com o cliente	E6.Q9- (...) Por exemplo a dor característica de cólica renal tem uma clínica típica e por norma o doente que tem episódios recorrentes descreve-a muito bem o que facilita o diagnóstico (...); E7.Q18- (...) As limitações também se podem colocar quando a pessoa não clarifica muito bem os dados (...) quando a pessoa não comunica e não temos familiares presentes que nos possam fornecer os dados (...); E10.Q19 - (...) porque a pessoa não comunica adequadamente os dados e nos doentes que não comunicam a dificuldade é ainda maior (...); E16.Q19- (...) prendem-se essencialmente com a dificuldade de acesso aos dados, quer relacionados com as dificuldades de comunicação e a falta de um familiar presente, ou pela pouca objectividade com que a pessoa reporta a queixa (...);
				Profissionais	Versam aspectos centrados nos profissionais	E7. Q18 - (...) Por vezes também reconheço que entramos na rotina e não valorizamos a importância deste rigor e a própria documentação da informação (...); E9.Q20 -(...) Também acho que estamos um pouco desmotivados...com a carreira e com a valorização dos enfermeiros (...); E13.Q15- Muitas vezes não é possível a documentação, outras vezes também não fazemos porque não damos importância (...)
		Intervenção de enfermagem	Barreiras da adequada intervenção de enfermagem	Profissionais		
		Documentação	Barreiras na efectivação da documentação	Contexto/ Estrutura	Versam aspectos estruturais relacionadas com o contexto, tarefas desempenhadas, recursos humanos, meios técnicos	E1.Q19- (...) barreiras á documentação residem fundamentalmente na falta de tempo, falta de oportunidade (o doente tem alta antecipada), e a prioridade para cuidados directos (cumprimento de prescrições médicas) (..) a "falta de hábito (...); (...) E5.Q19- (...) São essencialmente o tempo que dispomos para fazer registos (...) acabamos por documentar o que para nós é mais importante (...); E8.Q15- (...) muitas vezes não é possível documentar o que efectuamos e entre prestar cuidados directos e documentar a prioridade está sobre os cuidados directos (...); E9.Q20 - (...) precisamos de nos consciencializar para documentarmos mais aquilo que fazemos, porque se na maioria das vezes não o fazemos por falta de tempo, outras vezes é porque simplesmente não valorizamos (...); E10.Q15- (...) Aquilo que documentamos acaba por ser o que consideramos mais importante e que é possível documentar atendendo às condicionantes, principalmente o factor disponibilidade de tempo (...); E10.Q19- (...) O facto de o aplicativo informático não nos permitir o acesso ao doente antes da observação médica acaba também por ser limitativo (...); E13.Q15- (...) Muitas vezes não é possível a documentação, outras vezes também não fazemos porque não damos importância (...); E16.Q19- são claramente as questões relacionadas com a sobrecarga de trabalho, falta de oportunidade do registo (aplicativo inacessível antes da primeira observação médica/alta antecipada), responsabilidade para com outros doentes graves, afluência inconstante.

Categoria	Definição conceptual	Subcategoria	Definição	Sub-subcategoria	Definição conceptual	Indicadores/unidades de registo
Estratégias Sugeridas	Medidas sugeridas para colmatar as barreiras	Diagnóstico	Sugestões emitidas para melhorar o diagnóstico no âmbito do rigor de decisão	Profissionais	Versam aspectos centrados nos profissionais (conhecimentos, rigor e competência profissional)	E1.Q20. (...) necessidade de sensibilização para a importância de melhorarmos as práticas, com recurso a formação sobre a temática e reforço da prática baseada na evidência (...); E5.Q20- (...) a formação, não no sentido de conteúdos muito teóricos acerca da dor, uma vez que acho que temos conhecimentos suficientes acerca da dor, mas sim pela sensibilização para a necessidade de uma melhor avaliação da dor e desenvolvimento de outra atitude (...); E6.Q20- (...) necessidade de maior sensibilização para a temática e clarificação de normas de actuação (...); E11.Q22- (...) reforçar as normas de avaliação da dor, os instrumentos disponíveis e como utilizá-los, e a divulgação de <i>guidelines</i> de boa prática (...); E12.Q20- (...) A formação mais no sentido da sensibilização para a importância de um diagnóstico adequado (...); E14.Q20- (...) Talvez um reforço da temática no âmbito da necessidade de uma melhor e mais rigorosa avaliação da dor (...); E16.Q22- (...) sensibilização para o papel que os enfermeiros representam, para a uniformização de critérios, e para a divulgação de instrumentos de avaliação mais dirigidos (...)
				Contexto/ Estrutura	Versam aspectos do contexto/estrutura	E1.Q20. (...) a adequação de recursos humanos, melhoria do aplicativo informático e o desenvolvimento de protocolos de analgesia (...); E3.Q20- A adequação de recursos prevendo o tempo dispendido para a documentação, a libertação de outras tarefas de cariz burocrático, melhoria do aplicativo (...); E8.Q20- (...) a adequação de recursos humanos em algumas situações nos permitiria uma correcta colheita de dados e que determinaria também um correcto diagnóstico (...); E19.Q21- protocolos de analgesia (...) Seria sem dúvida uma boa medida, evitaria com certeza que muitos doentes tivessem dor uma vez que em algumas áreas acho que há pouca sensibilidade para a dor, por exemplo em ortopedia. Por outro lado isso apelaria a um maior rigor no diagnóstico e intervenção uma vez que teríamos que justificar a administração de terapêutica (...).
				Pessoa/ Cliente	Versam aspectos relacionados com o cliente (défices de comunicação, falta de objectividade da descrição dos dados)	Deduzidos inferencialmente a partir das dificuldades reportadas pelos enfermeiros no âmbito do processo de diagnóstico.

Categoria	Definição conceptual	Subcategoria	Definição conceptual	Sub-subcategoria	Definição conceptual	Indicadores/unidades de registo
Estratégias sugeridas	Medidas sugeridas para colmatar as barreiras	Intervenção de enfermagem	Medidas dirigidas à optimização da intervenção de enfermagem	Profissionais	Versam os aspectos remetidos à intervenção de enfermagem	E13.Q20- A formação no sentido do reforço da necessidade de avaliação da dor com mais frequência (...); E17.Q21- (...) protocolos de analgesia (...) em algumas áreas existe pouca sensibilidade e por vezes não temos um médico disponível no momento e se tivéssemos esta possibilidade poderíamos ter um papel mais interventivo no alívio da dor (...); E14.Q20- (...) Talvez um reforço da temática no âmbito da necessidade de uma melhor e mais rigorosa avaliação da dor, terapêutica farmacológica e não farmacológica e divulgação de outros instrumentos de avaliação (...); E18.Q22 - (...) a formação e sensibilidade para o tratamento da dor é divergente e por vezes pouco criteriosa (...);
		Documentação	Sugestões de melhoria na efectivação da documentação	Contexto/ Estrutura	Versam aspectos estruturais relacionadas com o contexto, tarefas desempenhadas, recursos humanos, meios técnicos	E18.Q20- O programa é pouco facilitador, pouco ágil, é uma limitação (...); E19.Q20- (...) tornar o acesso á documentação mais fácil e ágil (...);E18.Q19- O registo consome-nos muito tempo, para efectuar os registos incluindo diagnóstico e intervenção demoro 4 minutos...este tempo é o tempo que consigo colher sangue, avaliar o doente e administrar terapêutica. E19.Q19- A documentação consome-nos muito tempo e acabamos por não documentar muito daquilo que fazemos. O tempo disponível é muitas vezes cronometrado e temos que estabelecer prioridades.
				Profissionais	Versam aspectos centrados nos profissionais (défices de conhecimentos, desvalorização do rigor e exercício competente, etc)	E11.Q19 - (...) a sensibilização para a temática, nomeadamente no âmbito das normas de boa prática e sensibilização para a documentação da informação (...); E18.Q22 - (...) falar sobre os registos, o valor da documentação (...); E17.Q20- (...) A formação seria importante no sentido da sensibilização para a importância do papel, da documentação e uniformização da prática clínica (...); E18.Q22- (...) falar sobre os registos, o valor da documentação (...); E19.Q22- (...) a temática em si, importância do adequado tratamento da dor, e a importância de tornar visível o que efectuamos (...);E19.Q19 - (...) Também reconheço que fundamentalmente em muitos casos o que acontece é que não temos o hábito de registar (...)
		Organizacionais	Versam aspectos relacionados com a organização, políticas internas, cultura organizacional, gestão de cuidados.			E4.Q20- (...) e também motivação impressa pela própria instituição no reconhecimento do valor e acolhimento das dificuldades reportadas (...); E7.Q20 - (...) mesmo a motivação e valorização da prática clínica pela liderança seria uma fonte de motivação (...); E17.Q20- (...) melhor gestão dos recursos humanos, melhoria no aplicativo, valorização e visibilidade dos dados (...); E18.Q20- (...) O que acontece é que não existem auditorias, estamos a trabalhar, dizem-nos para trabalharmos de determinada forma mas depois não nos dão dados nem resultados nem daqui resultam mudanças com melhorias das condições de trabalho (...); E4.Q20- (...) haverá uma grande necessidade de sensibilização dos profissionais para a importância do papel e também motivação impressa pela própria instituição no reconhecimento do valor e acolhimento das dificuldades reportadas (...); E16.Q20 - (...) Talvez se houvesse uma maior visibilidade os dados e se isso constituísse recurso para adequar recursos e reconhecimento de mérito, os enfermeiros se sentissem mais motivados para a documentação (...).

ANEXO X

Operacionalização dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas

